

CANCER

癌症早发现

AIZHENGZAOFAXIAN

——火眼金睛识癌魔

HUOYANJINJINGSHIAIMO

蔡铁勇 编著



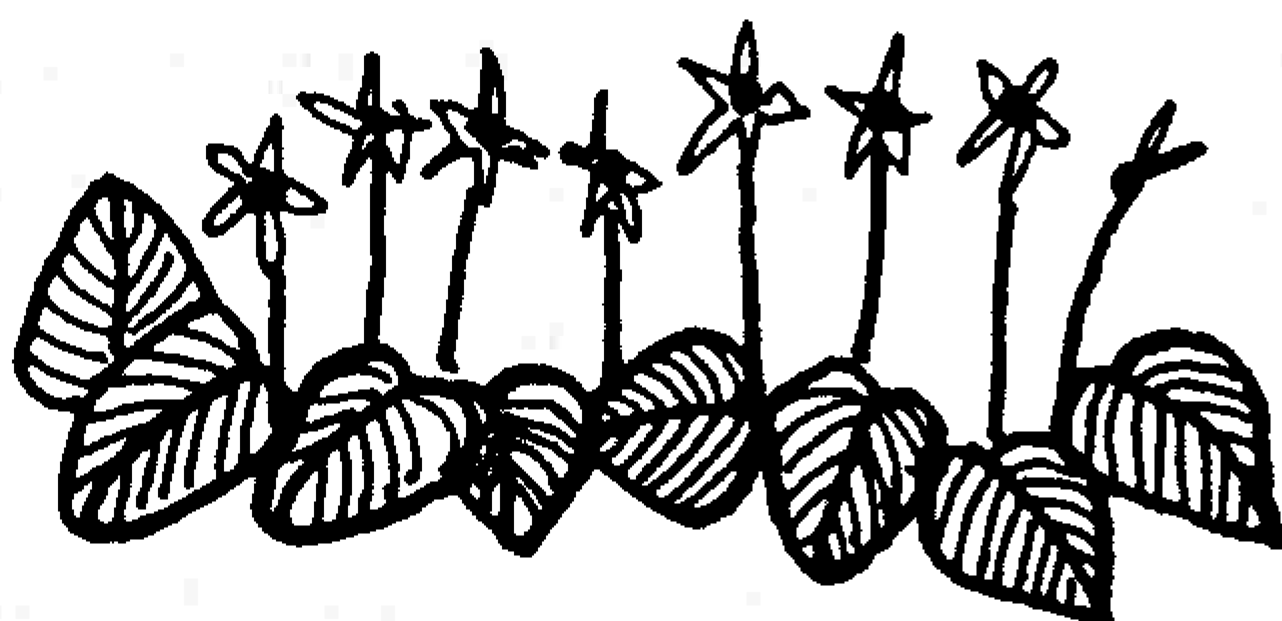




第二军医大学出版社

内容提要

本书由从事恶性肿瘤专科、有着三十余年丰富临床经验的医学专家编撰。书中对白血病、胃癌、子宫癌、膀胱癌等常见癌症的早期信号与特点作了详细的介绍。本书内容翔实、语言生动。一册在手，即请到了一位家庭实用的癌症防治指导医生。



序



随着现代医学的发展，人类的健康水平发生了根本变化。然而癌症仍然是当今世界威胁人类生命的最凶险的杀手。那么肿瘤是否可以防治呢？本丛书编者蔡铁勇主任，郁汉明主任不仅是长期从事肿瘤临床的医学专家，而且他们俩都是上海市科普作家协会会员。长年来为百姓撰写了几十本科普著作和无数科普文章。如蔡铁勇编著的《生活方式与心血管病》、《肝病患者宜忌200条》，郁汉明编著的《癌症防治》、《颈肩腰腿痛患者宜忌120条》都受到了广大百姓的欢迎。他们在本套“癌症防治家庭实用丛书”中以通俗简洁的文字和深入浅出的方式介绍了癌症防治的基本知识，从癌症的预防、诊断、治疗和康复的不同环节来证明癌症是可防可治的。

人们常常问及肿瘤是否会传染？是否可遗传？前者的回答是否定的。对后者的回答则要复杂得多。从某种意义上而言，大多数肿瘤是体细胞的基因病。虽然肿瘤本身并不是遗传性疾病，但对肿瘤的易感性则是可以遗传的。已知遗传因素为主所致的癌症的比例仅占总数的5%，环境和其他非遗传因素在癌肿形成的过程中起着

http://www.55188.com理想在线证券网

非常重要的影响。而在绝大多数情况下，肿瘤是由“环境因子”和遗传倾向相互作用的后果。人类基因组计划研究成果表明，遗传易感性是与人类基因组DNA序列的多样性，尤其是单个核苷酸变异(SNP)相关的。因此，环境因素、人类基因组的变异与癌症的发生、发展是相互联系的复合体。

综上所述，不难解答人们经常提及的在如胃癌等家系成员为什么更容易患胃癌？在肺癌、乳腺癌倾向的家系中癌症的发生率为何明显增加？为何老年人和婴幼儿对致癌物质更加敏感？这可能与胃癌的饮食习惯或环境(包括水、土壤等污染)密切相关；可能与多环烃代谢酶的多态性、DNA修复机制缺陷有关。而老年人、婴幼儿则与机体免疫功能和DNA修复能力相应降低或尚未成熟有关。

了解上述种种，人们可以利用分子和基因的生物学标记筛选出易患癌症的高危人群，改变高危人群的生活方式，避免吸烟、酗酒等，普及卫生知识，净化环境，阻断癌症易感基因与环境的相互作用。因此，癌症在大多数情况下是一个可以预防的疾病。

一旦发生肿瘤，要以良好的心理状态，与医务人员共同努力战胜病魔。随着人类基因组序列的完成和功能基因组研究的不断突破，人类正在更深刻地认识自我。对

肿瘤的治疗自20世纪中叶以来，随着手术、化疗、放疗和干细胞治疗的相继问世，发生了巨大的变化，我国肿瘤界广大医务人员和科技人员在20世纪六七十年代相断发现了喜树碱、三尖杉酯碱等多种药物，以化疗为主的方案在绒毛膜上皮癌治疗中获得良好疗效。80年代以来又提出肿瘤致病基因产物联合靶向治疗，应用诱导分化和凋亡治疗的崭新观念和成功实践，在急性幼粒细胞白血病治疗中获得重大突破，使得该种白血病成为国际上第一个可治愈的急性髓细胞白血病，为攻克癌症提供了一个成功的典范。我们相信在21世纪，医务人员将与社会各界共同努力为防治和攻克癌症作出更大的贡献。

本书不仅适合广大癌症患者及其家属和癌症高危人群阅读，而且适合从事肿瘤专科的医务人员阅读。一册在手，即获得了战胜癌症的金钥匙。

中国工程院院士　陈赛娟

2006年4月

前　言



尽管人类对恶性肿瘤的认识已有了长足的进步，诊治手段日新月异，生命预后也大有改观，但总的来说，离根治的目标尚有很大的距离，尤其是中、晚期癌肿。就目前而言，除了重视去除致癌因素，加强自我保健意识，以期预防肿瘤发生之外，最为紧要的莫过于了解肿瘤的蛛丝马迹，以便尽早发现肿瘤。因为早期肿瘤的预后要明显好得多。

肿瘤的蛛丝马迹指的是在肿瘤初期时出现的一些难以用其他疾病解释的症状或体征，这些异常现象往往具有不典型、不显著、持续存在或间歇发生的特点。许多肿瘤的早期迹象与经典症状有很大的差异。比如，近期记忆障碍、莫名其妙的腹泻、肚脐旁皮肤下面出现的硬结、突然发生的关节肿痛、难忍的皮肤瘙痒等都与脑瘤、肝癌、胰腺癌、肺癌、恶性淋巴瘤相关。如果能了解有关的知识，重视和跟踪其变化，无疑对及时获得诊治是极为重要的。

肿瘤的一些早期迹象经常出现在某些高危人群身上，比如，迁延不愈的乙肝、丙肝是肝癌的高危因素；性生活紊乱并有性病者是某些妇科肿瘤的易患人群；隐睾者容易发生睾丸肿瘤；受到辐射、农药、化学

物质侵害的人，尤其是儿童，必须密切追踪白血病的发生，等等。对高危人群作针对性的随访和检查，从某种意义上来说，是发现恶性肿瘤蛛丝马迹的重要线索。

肿瘤的早期迹象还反映在某些检查中。比如甲胎蛋白作为体检的项目，对发现早期肝癌起着莫大的作用。又如，学会正确的自我乳房检查，已经成为乳腺癌早期发现的必不可少的手段。

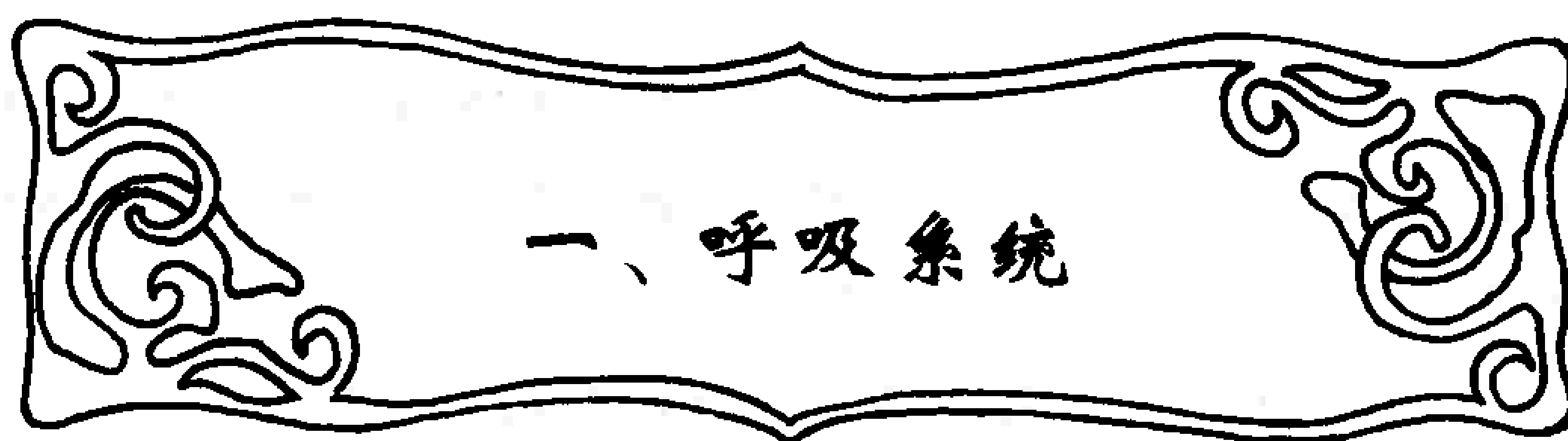
当然，人们对身体上出现的一些异常现象也不必草木皆兵，终日惶恐不安，正确的态度是接受一些必要的检查，并且长期随访关注。一些有着不良生活习惯、经常接触有害物质，有明显肿瘤家族史的人，本书对他们也许更有裨益。

蔡铁勇

2006年6月

目　录





1. 肺癌的识别线索

肺癌的确切名称是原发性支气管肺癌，它是最常见的恶性肿瘤之一，发病率在许多国家都有明显增高的趋势。在很多发达国家，肺癌在男性常见恶性肿瘤中占首位，在女性中占第二、三位。我国的调查资料表明，全国许多大城市和工矿区近三十年来肺癌发病率明显上升，其中在一些城市，肺癌已成为首位癌瘤。

病理组织学分类　现将肺癌分为鳞状细胞上皮癌(简称鳞癌)、腺癌、大细胞癌、小细胞癌 4 类。我国发现，腺癌所占比例在近 20 年中有上升趋势。

大体分型　可分为管内型(肿瘤完全局限于支气管管腔内，肺组织内无肿瘤侵犯)、管壁型(不形成明显的肿块，只表现为支气管黏膜式管壁增厚)、球型(肿瘤来源于较小支气管，直径小于 5 厘米)、巨块型(肿瘤发生于周围肺，直径大于 5 厘米)、弥漫型(肿瘤呈弥漫性生长，不形成明显肿块，或由多数呈散在分布的小结节组成)。

部位分型　可分为中心型(发生于总支气管和叶支气管)、周边型(发生于段和段以下支气管)。

肺癌的临床表现复杂　最常见的症状为咳嗽、咯血或痰中带血、胸痛、胸闷。应引起注意的症状是气促、喘鸣、局限性肺炎，这些都是由于肿瘤压迫气道引起的间接表现，很多患者常因



出现这些症状而就诊。

肺癌转移后出现的症状表现为锁骨上、下，颈和腋下淋巴结肿大，质多坚硬，单个或多个。

肺外表现是十分引人注意的问题。肺癌组织可以产生某些特殊的激素，从而出现一些不属于肺部的多种症状。如出现全身性症状，表现为厌食、消瘦、发热；内分泌系统疾病中的高血钙、高甲状旁腺素、低钠血症、库欣综合征（满月脸、水牛背、躯体肥大、四肢肌肉萎缩的肾上腺皮质激素亢进的疾病）；骨骼系统疾病中的杵状指、增生性骨关节病、关节炎；神经肌肉系统疾病中的肌无力、多发性肌炎；凝血异常中的栓塞性静脉炎、血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血；皮肤疾病中的皮肌炎、黑棘皮症、硬皮病、掌跖皮肤过度角化症；血液系统疾病中的贫血、红细胞增多症；肾脏病变中的肾病综合征、肾小球肾炎等。

以下线索有助于肺癌的识别　①长期干咳或有黏液痰，尤其是痰中带血。②慢性咳嗽者当咳嗽性质发生变化，或反复在某一肺叶、肺段发生炎症。③长期吸烟，慢性咳嗽，接触放射性物质、石棉尘、重铬酸盐者。④肺结核正规抗癌治疗无效，或X线检查发现块影进行性增大。⑤有上述的肺外表现者。

2. [illegible]

隐性肺癌通常指痰液或支气管分泌物中找到癌细胞，而胸部X线检查阴性，临床上不能确定原发灶部位，无局部淋巴结或远处转移，并除外鼻咽、口腔、食管的恶性肿瘤。据文献报道，隐性肺癌占全部肺癌的15%，因而它在肺癌的防治中占有重要地位。

隐性肺癌以鳞癌多见　多发生在大支气管内，癌灶可长期稳定或缓慢生长，一般可持续5年。由于癌灶较小，患者虽有某



些呼吸系统的症状，但只要癌灶不影响受侵支气管的通气与引流，很难在 X 线下构成影像，因而 X 线平片检查多呈阴性。一些肺癌患者常因咳嗽、血痰而就诊，但因 X 线平片检查阴性而被误诊为其他疾病。

如何才能早期发现肺癌 如何早期定位隐性肺癌呢？痰液脱落细胞学检查是目前发现隐性肺癌的有效方法。隐性肺癌的痰液检查阳性率高达 80%，原因是肺癌的癌细胞在早期比晚期更容易从癌体表面脱落入痰中。痰检的阳性率常受一些因素的影响，如痰的质量、痰检次数、肺癌的部位与组织类型，引流支气管是否阻塞，检查人员的熟练程度等。痰检要求是痰液标本必须来自肺的深部。雾化后痰检、支气管镜检后留痰，以及反复检查，都可提高痰检的阳性率。对于下列情况，应作重点检查：①40岁以上，反复肺内感染和慢性咳嗽、胸痛者。②胸部 X 线检查发现肺部有异常者。③吸烟及其他高发人群。④常接触化学致癌物者。

隐性肺癌在经痰液脱落细胞学检查诊断后，发展到临床可见的癌肿，时间为 4～6 年，故早期定位有一定困难。为了早定位、早手术，常可采取下列措施：①需排除鼻、咽、口腔、食管的恶性肿瘤。②定期拍摄正侧位胸片和吸气、呼气相对比的胸片，以便观察有无细微的变化。③进行支气管断层摄片、支气管造影、肺 CT 检查、纤维支气管镜等检查。纤维支气管镜对隐性肺病的定性、定位十分有价值。

隐性肺癌的主要治疗方法是手术 早期发现、早期定位后，及早手术多可治愈。单纯化疗可使癌细胞转阴，但很快会复发。单纯放疗可使大部分癌细胞致死，但很难完全消灭。有报道，早期浸润癌经手术切除后遗留下的原位癌，在患者戒烟后会自行消退，因此戒烟是治疗隐性肺癌的另一重要措施。

隐性肺癌的特点便是一般 X 线胸片显示不出病变，此时极



易被疏漏过去，有症状者必须多次做痰液癌细胞检查，并及早做支气管镜检查。

3. 气胸的背后

肺癌并发自发性气胸者临床上较为少见，以气胸为首发症状而就诊的肺癌患者就更少见了，故时常被人们所忽视。肺癌并发气胸后，其症状和 X 线检查并无特殊之处，而且常因肺组织被压缩，肺癌病变显示不明显，故而更易延误诊治。有时医生可能满足于气胸的诊断，没有考虑肺癌的可能性。

肺癌为什么会并发气胸呢？ 据临床观察及有关研究显示，可能与下面的一些因素有关：①肺周边胸膜下的癌肿侵犯了胸膜，导致坏死和胸膜破裂。②癌肿造成支气管不完全阻塞，远端的肺泡因过度膨胀而破裂。③既往有阻塞性肺病或肺大泡，当癌肿阻塞气道后，可促使肺大泡破裂。

肺癌并发气胸，在解除气胸压迫引起的症状后，应针对肺癌进行治疗。如肺癌为周边型，患者全身情况尚能耐受手术，宜首先考虑手术治疗。这样既可解除气胸，又可切除原发病灶。对不宜做外科手术的高龄患者或全身状况差的患者，则行单纯排气，胸腔闭式引流或胸腔内注入粘连剂，待到肺完全复张及一般情况改善后，再作放疗或化疗。

肺癌高危人群，像长期吸烟、接触有害物质的人群，如发生气胸，应想到背后是否存在肺癌。

4. 肺癌与骨关节病变

约有 1/3 的早期肺癌缺乏肺部症状 在门诊中确诊的肺癌患者，仅 20%左右有做手术的机会，余下的病例多属晚期，无法



施行手术。值得注意的是，缺乏肺部症状的早期肺癌却可出现某些肺外表现，如内分泌和代谢异常、皮肤和结缔组织改变、神经肌肉病变、心血管和血液系统的异常等。骨关节病变更是一种较为常见的肺外表现，如能掌握这方面的知识，对早期诊断肺癌无疑是有帮助的。

肺癌的骨关节病变特征 骨关节肿大、肥大，以大关节多见，如髂、踝、膝、腕等关节；四肢长骨末端出现骨膜增生、疼痛；杵状指、趾（指甲和趾甲呈圆形向外凸出）；肢端疼痛、发胀、麻木；指甲周围皮肤出现红晕。当手术切除肿瘤后，关节疼痛、肿胀可迅速缓解、消失，而杵状指、趾消退较慢，一般需要3～4个月。

肺癌患者的骨关节病变并不少见 美国梅厄医疗中心分析1 872例肺部肿瘤患者后，发现10%有骨关节病变。有人报道约有92%肺性骨关节病变继发于胸腔内恶性肿瘤，其中80%继发于肺癌。有文献报道，肺癌以关节痛为主要表现的病例占10%～20%，其症状很像类风湿性关节炎。有的肺癌患者的首发症状竟是十分常见的“肩周炎”，这种肩周炎十分顽固，治疗效果很差，这是由于病灶藏于肺尖部位，侵犯了臂丛神经而引起肩臂疼痛，并非通常的肩周炎。凡是顽固不愈、逐渐加重的肩臂痛，应该常规接受胸部的X线检查。有的患者以腰腿痛去医院诊治，不是诊断为坐骨神经痛、腰椎间盘突出症，便是诊断为腰骶筋膜炎、腰椎退行性变，但是治疗效果很差，此时必须检查肺部及拍摄胸腰椎X线片，因为肺癌的临床表现多种多样，当其转移至胸、腰椎时，便会发生腰腿痛。凡以腰腿病为主诉者，不要满足于疼痛局部X线片的改变而忽视肺部等其他部位的检查，特别是有吸烟史的中老年人，应常规摄X线胸片，必要时进行肺部CT扫描，以便早期发现可能存在的癌病灶。

肺癌性骨关节病变往往先于肺部症状数月或更长时间出



现，临床上多误诊为风湿性关节炎、类风湿关节炎、骨关节炎、腰椎间盘突出症、肩周炎等，从而有可能延误手术治疗的机会。有经验的专家认为，凡中年以上患者，出现不能解释的大关节肿痛，四肢末端肿痛、麻木，杵状指及指甲周围红晕，肩臂顽固性疼痛，腰腿持续性疼痛，进展比较迅速，用一般的抗炎止痛药物、推拿、针灸、局部注射等治疗无效时，应该想到肺癌的可能，应作进一步的肺部检查，不可掉以轻心。

5. 肺癌的其他肺外表现

除去骨关节病变外，肺癌还有许多其他的肺外表现。

脑血管意外 脑血管意外有时也可作为肺癌的一种肺外表现。原因之一是肺癌早期时患者体内的凝血因子增加，使人体处于高凝状态，在此情况下容易诱发脑血栓形成，从而引起脑血管意外。原因之二是肺癌细胞转移到脑组织，损害脑功能，使患者出现偏瘫。资料显示，此种情况并不鲜见，约占肺癌总病例的16%。因此，在急性脑血管意外的诊治过程中，不要漏掉胸部X线检查。

声音嘶哑 有些肺癌患者的最初症状是声音嘶哑，往往不当回事，服用点金嗓子喉宝一类药物了事，当持续不愈、病情日趋加重时方才慌张起来。此种肺癌引起的声音嘶哑，五官科医生检查声带并没有发现什么问题，而是肺癌的转移病灶压迫了喉返神经所致。由于肺癌的转移病灶出现得早，而且长得比原发病灶还要快，故首先出现的是声音嘶哑，却无咳嗽、血痰等肺部症状，使人产生错觉。

男性乳房发育 中老年男性乳头开始觉得有些发胀，渐渐地发胀得越来越严重，而且能够挤出乳白色的液体来，就好像产妇分泌的乳汁一样。这种情况必须警惕是否有肺癌存在。因为



肺癌的癌细胞有一种特殊的本领，可以引起催乳素（为脑垂体分泌的激素）分泌增多，催乳素可以促使乳头、乳房胀大，分泌乳液。中老年男性是不会泌乳的，一旦出现此种现象，必须引起足够的重视，其中最为重要的是要检查一下肺部。

其他症状 除了上述种种特殊首发症状外，肺癌尚可有肌无力、皮肌炎、厌食、长期持续高热、贫血、游走性栓塞性静脉炎等五花八门的表现，常令人眼花缭乱，莫衷一是。医学上将这些光怪陆离的现象统称为肺癌的肺外表现。肺外表现大致可以概括为以下 4 个方面：①肺性骨关节病，表现为关节肿大、骨膜肥厚、杵状指、甲周红晕、关节炎、肩周炎、腰腿疼痛等。②男性乳房发育，甚至有乳汁流出。这与肺癌细胞分泌催乳素有关。③库欣综合征。患者面部、颈部、腹部、臀部发胖，有大量脂肪沉积，而四肢肌肉萎缩，整个形体就似一个“大头娃娃”一般。面部多痤疮，女性可长出胡子。这种现象与肺癌细胞分泌肾上腺皮质激素有关。不明原因水肿，尿中出现蛋白等。

肺癌为何出现肺外表现 专家们归咎于癌细胞分泌的某些激素的影响，这种现象在医学上称为异位激素分泌综合征。它既是肺癌的早期信号，是早期诊断的重要线索，又可能成为扰乱人们视线的“花招”。

6. 肺结核会变肺癌吗

肺结核是结核杆菌感染引起的呼吸道传染病，现今由于有了众多的抗结核药物，所以已不是一种十分可怕的疾病，绝大多数患者经积极治疗后可以治愈。然而也有少数患者的结核病灶十分顽固，经久不愈，更有极少数患者可在肺结核的基础上发生肺癌，医学上将这种肺癌称为“肺瘢痕癌”。据统计，在全部肺癌患者中，肺瘢痕癌占 7.5%～28.3%，这是一个不小的数字。肺



瘢痕癌多发生于上肺野外周，也就是说，两肺上叶的肺结核都有可能发展为癌。这种肺瘢痕癌的特点是癌肿直径一般为1～3厘米，癌肿内或近旁多有陈旧性结核病灶。肺瘢痕癌的发展早期缓慢，有的历经数年后肿块仍保持稳定，而一般的肺癌则在短期内即见明显增大，因而极易误诊为肺结核球。

肺结核并发肺癌早已引起人们的关注 有些研究证实曾患肺结核者患肺癌的危险性明显增加。肺结核患者的尸检报告表明，肺结核患者的肺癌发生率比一般人高20倍。临床上常观察到肺癌多发生在曾被肺结核累及的部位。许多肺癌，特别是肺腺癌及周围型肺癌，多起源于陈旧性结核瘢痕。

肺结核并发肺癌的迹象 肺结核患者出现哪些症状、体征及胸部X线改变时，应考虑到并发肺癌的可能呢？年龄在40岁以上，尤其是近20年内的肺结核患者，出现以下情况时应警惕并发肺癌的可能：①原来没有症状的肺结核患者出现刺激性咳嗽、痰中带血或少量咯血。②原无胸痛的肺结核患者出现与呼吸运动无关的局限性、持续性胸痛。③出现难以用肺结核解释的症状，如阻塞性呼吸困难、声音嘶哑、骨关节痛及杵状指等。④无糖尿病等并发症而出现体重锐减、贫血等显著情况。⑤肺结核患者经规则抗结核治疗2个月，病变无好转，痰菌阳性，切勿认为结核菌出现耐药性而放弃对肺癌的必要检查。⑥肺结核患者长期咯血而无病灶变化，有不规则发热而作抗炎、抗结核治疗不能控制。⑦在积极抗结核治疗中，肺部病灶增大或出现新病灶。⑧有内壁不规则的空洞形成而痰结核菌阴性，非结核好发部位（肺上叶前段、下叶基底段）出现病灶，抗结核治疗无效。⑨出现肺门块影，或肺内出现块影、病灶。⑩出现发展较快的肺不张。⑪胸腔积液，特别是血性胸腔积液，抽液后增长迅速，大量积液，纵隔移位不明显或移向患侧。⑫两肺中下野弥漫性粟粒或结节阴影，从肺门逐渐减少，大小不一且有融合趋向，不要



仅仅考虑血行播散型肺结核，而应考虑肺泡细胞癌的可能。

肺结核为何容易并发肺癌　结核病灶的慢性刺激促使病灶和邻近组织的上皮组织化生，导致癌变；结核瘢痕阻碍了淋巴系统的引流，导致致癌物质的聚集，诱发瘢痕癌；结核性支气管扩张有助于吸烟产生的焦油（含强致癌物苯并芘）等致癌物质的滞留；囊状支气管扩张或结核空洞壁鳞状上皮化生，继之恶变。此外，近年来肺癌发病率激增，结核患者高龄化，老年肺结核增加，以及肺癌诊断技术的进步，也是肺癌并发病例增加的原因。

早期发现是关键　肺癌和肺结核的临床症状、X线表现均相似，容易混淆，两者并发更易误诊，因而延误治疗。据一些报道指出，单纯肺癌延误诊断平均为3.4周，而两病并存则平均延误16.3周。因此早期发现、及时治疗是改善预后的关键。为了提高肺结核合并肺癌的早期诊断，应采取主动的措施：①肺结核患者，包括临床治愈者，应定期进行X线胸部检查，有症状者应寻找肺部隐蔽处，如心脏、膈肌后部、脊椎旁槽内部、肺尖等处是否隐匿癌变。医生应仔细对比旧片，观察胸片的动态改变，必要时要做胸部CT检查。②对可疑病例应反复做痰液脱落细胞检查。留痰时应先清洁口腔，用力深咳、痰液咯出后应及时送检，避免细胞时间过久后发生自溶。③不要畏惧做纤维支气管镜检查，要知道在支气管镜下要观察到支气管、气管体的微小病灶，并可作活检。④有胸腔积液（胸水）者要做胸腔积液细胞学检查及癌胚抗原等测定。

7. 气管癌有哪些早期特征

气管癌患者有增多趋势　近年国内外资料显示，气管癌的发生有增多趋势，这显然与空气污染有关。气管癌的发病很隐匿，极易被误诊为支气管炎、支气管内膜结核等。但是，该病是



有其特征的，了解这些特征有助于早期诊治。

如出现几个月来从无中止的逐渐加重的刺激性咳嗽，痰量少但十分黏稠是一种值得警惕的迹象。

气管癌的迹象 气管癌因吸气时可将气管内新生物吸向下端，进一步阻塞气管腔，使吸气发生困难。这与支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿不同，它们主要表现为呼气性困难。慢性肺气肿是因为细支气管痉挛或被分泌物堵塞，吸气时因支气管腔稍大，空气较易吸入，而呼气时支气管变细，容易发生呼吸困难，患者表现呼气明显延长或可听到呼气时的哮鸣音。气管癌由于吸气困难，患者吸气时辅助呼吸肌都得参加收缩，于是可见到颈下部的锁骨上凹、胸骨上凹、肋间隙明显内凹，医学上称之为“三凹征”，是气管癌的重要征象。

严重信号 50岁以上的长期吸烟者，若持续5日以上痰中带血，甚至咳出一块烂肉样的组织，这是气管癌的一个严重的信号。此外，剧咳不愈、痰少黏稠、吸气困难也是气管癌的重要迹象。

6. 痰液找癌细胞的正确做法

肺癌的诊断方法有多种 如X线摄片、气管镜检查、CT检查等，但从痰液中查找癌细胞是肺癌早期诊断的重要手段之一。痰液脱落细胞学检查具有阳性率高、正确可靠、方法简便、花费少、患者无痛苦等优点。其阳性诊断率可达80%以上，并可做细胞分型，有助于制订治疗方案。

痰液标本的质量 直接影响痰液检查的准确性，因此，必须注意以下事项：①从肺深部咳出痰液。在咳痰前必须先漱口，将口腔中的唾液和喉部的第一、第二口痰吐净，然后再用力将痰液从肺深部咳出。咳痰时不能将鼻腔的内容物回吸到喉部再咳

http://www.55188.com理想在线证券网



出。需尽量多咳些痰，每次送验的痰液最好有10～20毫升。②痰液必须新鲜。痰液咳出后，必须在2小时内送交病理细胞室检验，以防时间过长，痰中癌细胞坏死而影响准确诊断。③有些肺癌患者，特别是周围型肺癌，实在咳不出痰时，可用超声雾化方法引痰。

如何收集痰液　有些患者也知道痰液检验的重要性，但却不知道要正确地收集痰液，将唾液、鼻腔分泌物、咽喉分泌物当作痰液送检，这种标本是难以查到癌细胞的，而一旦被告知未发现癌细胞时，便盲目乐观，自以为可以排除肺癌了，这是十分危险的事情。

9. [illegible]

1928年，国外学者首次报道1例肺癌患者发生多发性内分泌综合征，以后又有许多病例被相继发现，并通过研究证明肿瘤细胞具有分泌生物活性的多肽类或胺类激素的功能，现将此种具有特殊分泌功能的肺肿瘤称为肺APUDomz，常出现以下内分泌紊乱的表现。

异位肾上腺皮质激素分泌的临床表现　近年来由于放射免疫技术在医学上的应用，证明几乎所有的肺癌组织均有促肾上腺皮质激素活性存在。据统计，至少有10%的燕麦细胞癌患者出现肾上腺皮质功能亢进的表现。现有资料表明有10%～25%的库欣综合征（即肾上腺皮质功能亢进综合征）是由异位分泌促肾上腺皮质激素所引起，而其中主要由肺癌，尤其是燕麦细胞癌所致。国外有学者报道23例肺癌患者，其中有8例呈现典型的库欣综合征，表现为向心性肥胖（头大、躯干肥胖、四肢瘦小）、满月脸、背部及锁骨上脂肪沉着、多血质症和皮肤紫纹等。另外，有的患者则表现为低钾性碱中毒、高血糖、糖尿、明显的色



素沉着和水肿。女性有大量的肾上腺皮质激素分泌，可表现为男性化、痤疮、骨质疏松和高血压等征象。

异位性血管升压素（抗利尿激素）分泌的临床表现　发生异位性血管升压素的肿瘤主要见于肺癌，其发生率依次是燕麦细胞癌和类癌，其他类型的癌则较少见。在不适当分泌血管升压素综合征的患者中，约有1/3是由燕麦细胞癌引起的。由于血管升压素的多量分泌，使尿液浓缩，尿量减少，造成稀释性低血钠症。表现为厌食、嗜睡、恶心、呕吐、肌肉无力、定向力障碍、思维紊乱、神志恍惚、多语、多动和妄想，严重者因惊厥、昏迷而致死。

分泌5-羟色胺的临床表现　国外学者报道125例肺癌患者中有2%出现相关症状，主要表现为持续性颜面潮红、面部水肿、焦虑、颤抖、流泪、流涎、喘息、多汗、恶心、呕吐、腹泻、发热、脉率快、低血压和尿少等。颜面潮红可持续数小时至数周，有时呈长期性，其特点是用了肾上腺皮质激素，如泼尼松（强的松）后症状可中止。血中5-羟色胺增高及尿中5-羟色胺吲哚乙酸超过25毫克即可诊断为本病（正常每日排出量为2～9毫克）。

异位性降钙素分泌的临床表现　资料表明，在肺癌中有57%的患者降钙素升高，小细胞癌的阳性率更高。有报道9例肺癌患者，其中就有8例阳性，且在7毫微克/克（肺组织）以上的患者，其生存率较低。但由于成人降钙素作用不明显，即使在显著增高的病例，也不出现明显的症状，故作为临床的诊断依据意义不大。

异位性甲状旁腺素分泌的临床表现　在部分肺癌病例中肿瘤组织可以分泌甲状旁腺素。国外有学者报道73例异位分泌甲状旁腺素的肿瘤中20例是肺肿瘤，以鳞状细胞癌最多，燕麦细胞癌却很少见。临床最典型的表现是高钙血症，有胃肠道、中枢神经系统和肾脏方面的症状，如食欲不振、体重下降、恶心呕



吐等，由于高血钙降低了平滑肌的收缩力，可引起麻痹性肠梗阻。高血钙严重影响肾小管对尿液的浓缩功能，而常有多尿、夜尿、烦渴和脱水表现，严重时颇似尿崩症。当高血钙发生较快，即使是血钙水平在12～13毫克，也会引起神志恍惚、无力、嗜睡等症状，血钙水平继续升高，可引起顽固性恶心、呕吐、精神异常和昏迷。心电图表现Q-T间期缩短、ST-T异常及房室传导阻滞。

肺癌并发的神经肌肉综合征　①重症肌无力：肺癌并发症的发生率在1%以下，而小细胞癌发生率则较高，达6%，且在某些病例此综合征的出现先于肺部症状，故须加以重视，以便早期发现。起初患者自觉双下肢肌无力，容易疲倦，继则出现上肢肌无力、睁眼费力、复视及声音嘶哑等，肌力减退以下肢近端肌群（即大腿部位的肌肉）最为明显，如上下楼梯困难、蹲下站起动作困难、单脚着地困难等。重症肌无力的原因尚不清，目前认为可能与肿瘤组织分泌箭毒样物质有关，箭毒样物质可阻断神经肌肉的兴奋传递，引致肌肉瘫痪。②小脑性运动失调：如共济失调、行走不稳、闭目难立、肌肉松弛无力等，病理变化特点为多白质发生弥漫性多灶性髓性变化，轻者仅见髓鞘变性，重者髓鞘及轴突均消失，仅见稀疏的胶质网，而在病变的脑组织中见不到肿瘤细胞转移的证据。

肺癌所引起的肺部表现　已为人们所熟悉，就诊率较高，对一些肺外症状却常常被忽视，而有些肺外症状的出现常早于肺癌肺部症状的表现，故正确认识这些表现，无疑对肺癌患者的早期发现和治疗是有极大帮助的。肺癌的肺外症状很多，归纳下来大致有以下几类：①骨关节病变：骨关节肿大、肥大，四肢长骨远端出现骨膜增生，疼痛，杵状指、趾等。②低血糖症：异位胰岛素样物质的分泌，导致低血糖症的发生。低血糖症不要只考虑胰岛细胞瘤，还要想到发病率越来越高的肺癌。③其他异位内




分泌腺素造成的内分泌紊乱，如库欣综合征（向心性肥胖、满月脸、水牛背、四肢变细、痤疮、多毛等）、高血钙症、5-羟色胺增多（表现颜面潮红、面部水肿、腹泻、发热等）。④神经肌肉综合征，以下肢肌无力最为突出。

10. "脑卒中"还可能隐匿着什么

以脑转移后产生的症状为首先表现的肺癌并不少见，肺癌可累及大脑、小脑、脑干，产生相应的症状和体征，可酷似脑卒中，早期CT检查也难以鉴别。据统计，脑转移性癌占颅内肿瘤的4%～10%，其原发癌以肺癌最多见，占1/4～1/2，其他常见的还有乳腺癌、前列腺癌、直肠癌、胃癌等。这是因为，肺血管与椎静脉之间有吻合支，肺癌的癌细胞栓子进入肺静脉，经体循环可直接进入颅内，而其他部位癌肿的癌细胞栓子必须先经过肺部毛细血管，方可进入体循环而到达脑部。所以，肺癌特别容易发生脑转移。肺癌发生脑转移后可酷似脑卒中，也可仅表现为颅内高压症，发生剧烈头痛、严重呕吐似喷射样。有些患者可表现为反复癫痫发作。这些不同表现取决于癌肿脑转移的部位与大小。

癌肿脑转移并不少见　因为如此，所以对于长期吸烟的老人，一旦发生突然晕倒或跌倒、面瘫、半身不遂，一只眼睛视力突然丧失或严重减退，不能只是想到单纯的脑血管意外，而应常规做胸部X线检查，甚至多次或多方位的检查，这样可以减少漏诊。对于脑CT证实为脑血管意外的患者，如果治疗效果不理想或者病情逐步发展、症状及体征越来越严重，应该复查CT，以排除癌肿脑转移。凡怀疑脑转移者，首先要排除肺癌，因为肺癌最容易发生脑转移，必须拍X线胸片、做胸部CT检查。如无肺癌证据，则应再进一步排除乳腺癌、前列腺癌、胃癌、结肠癌、直肠癌等，并做相关的检查，如乳房检查：触摸有无肿块、腋下淋



巴结有无肿大、乳房皮肤及外形有无改变、有无乳头溢液等；肛门指检：对直肠癌及前列腺癌均有重要的诊断价值；胃肠道X线检查：如气钡双重造影、纤维内镜检查等，必要时可做乳房远红外线扫描、乳房钼靶摄片、前列腺针刺活检等检查。

肺癌是常见的癌肿之一　现今已成为发病率第一位的癌肿。随着吸烟人数的增多和吸烟年龄的提前，肺癌发病日益增多，对于不典型的肺癌尤应警惕。脑卒中、脑血管意外是老年人的常见病、多发病，特别是有高血压病史、吸烟史的老年人容易发生脑动脉硬化，更容易发生脑卒中。然而，肺癌也是老年人的常见病，特别是有长期吸烟史、烟瘾大的人更易发生，所以对这类老年患者的脑卒中更应引起警惕。

如果要问“脑卒中”还可能隐匿着什么　答案便是可能隐匿着癌肿的脑转移，其中最多见的便是肺癌的脑转移，肿瘤细胞构成的栓子阻塞了脑血管，于是便发生了“脑卒中”。

11. 易误诊的肺腺癌

从病理组织学分析，肺癌有鳞癌、小细胞癌、腺癌、大细胞癌和腺鳞癌等类型。近年来，原发性肺腺癌的发病率明显增多。

原发性肺腺癌的一般临床表现　好发年龄为40～60岁，以女性为多见。肺腺癌的严重性在于其症状无特异性，临床表现不一。有的可毫无自觉症状，并无任何不适，只是在做胸部X线检查时意外发现肺部有异常阴影。80%的患者只有轻度刺激性咳嗽、少量白色泡沫样痰，极像普通感冒或气管炎。偶有痰中带少量血丝或伴有轻度胸痛、低热。肺腺癌早期容易发生转移，不少患者在不知不觉中出现了胸膜或脑转移的症状。

肺腺癌容易被误诊　原因有以下几点：①无典型症状，程度较轻，不易引起重视。②癌肿大多位于肺的周边，确诊手段比较



少。③X线表现以孤立性结节或浸润阴影为多，易与其他疾患混淆。④纤维支气管镜或痰细胞学检查阳性率低。因而，凡伴有刺激性咳嗽或痰中带血者，务必及时作胸部X线检查，要注意多方位的肺部摄片，并多次检查前后对比。一旦发现肺部有结节状或浸润阴影，须严密随访。必要时，在CT定位下，做肺穿刺活检有助确诊，患者对此项检查应积极配合，不要畏惧，不要顾忌。

肺腺癌对化疗、放疗的敏感性差　化疗、放疗的治疗效果不是很好，故手术切除仍是治疗的重要手段。影响手术疗效的因素，主要与病期、纵隔淋巴结有无转移相关。因此，及时诊断、早期发现、及时手术是改善预后的关键。

肺腺癌术后容易复发和转移　其转移、复发率比肺鳞癌高两倍多。常见的转移部位是淋巴结，身体上任何部位的淋巴结部位都可转移，最常见的为锁骨上淋巴结。一般由原发灶转移到同侧肺门，然后至纵隔淋巴结，再转移到锁骨上淋巴结。少数患者可通过胸壁而转移到腋下淋巴结。肝脏、胰脾、腹膜后淋巴结、中枢神经系统等内脏器官也是容易转移的部位。易有脊柱转移，大多为溶骨性病变，脊柱转移可压迫椎管，导致阻塞及脊髓压迫症状。其他的骨转移以髂骨、股骨、肱骨、肋骨为多，产生局部持续的疼痛和压痛，有时会发生病理性骨折。

有人认为，肺腺癌一经确诊，即使是2厘米大小的病变，仍有约60%可因血管受侵袭而引起潜在性远处转移。故而肺腺癌患者的术后随访更为重要。现认为，肺腺癌属全身性疾病，单一手术不能获得长期根治，因而重视全身综合治疗，包括术前短化疗、术后化疗和放疗等，是十分必要的。

12. 鼻毛[illegible]检测的价值

小小鼻毛用处大　众所周知，支气管黏膜中如果存在结核



菌、病毒,可以通过呼出的气流传染给他人。肺癌有90%以上的病灶起始于支气管黏膜。当癌细胞侵及黏膜时,会引起黏膜表面糜烂、溃疡、渗血。这些微量的红细胞受血管外环境的改变而破裂。血红蛋白分子碎片比结核菌要小得多,所以更容易被气流带出体外。当气流裹挟着大量细菌、病毒、血红蛋白经鼻孔排出体外时,因鼻孔(鼻前庭区)比较宽敞,气道较大,气流在此处变慢,形成漏流。这样,细小的飞沫就被鼻毛粘住,附在鼻毛和鼻前庭区的皮肤上。根据这个原理,用鼻毛隐血检测法可帮助诊断某些肺部疾患,包括肺癌。

鼻毛隐血检测法　受检者在清晨起床后,不要用手或毛巾挖鼻,要用一根特制的棉签放进鼻孔1厘米处(鼻毛区),摩擦两鼻孔各2～3圈。取出棉签后,滴上3～4滴隐血试液。如果棉签不变色,为阴性反应(正常),若立即变成蓝色,即为阳性反应。所谓隐血,是指血量极微小,肉眼看不见,必须加显色液放大1万倍以上,变成蓝色才能被肉眼看见。从飞沫带隐血到痰中出现血丝,肺癌要经历2～3年之久。开始时,因支气管黏膜病变很轻,患者无痰或少痰,即使有痰,痰中的血量也很少,不用隐血检测法是难以发现的。因此,飞沫隐血现象不可忽视。它给我们提供肺部一些疾病的信息,提醒人们去医院作肺部X线检查,送痰查找癌细胞等。

痰血与肺癌之间有着较为密切的关系　有人统计,40岁以上的成年人中,因痰血而住院检查者,经多年追踪观察,每4个患者中就有一个是肺癌患者。有的患者当时的肺片虽正常,但数年后的肺片却出现了肿块影。早期肺癌病灶很小,要从X线片上寻找是很困难的,但小小的肺癌灶侵损黏膜后引起的糜烂、渗血,经飞沫、痰排出体外所带来的信息要比癌肿本身的症状出现早,而且明显得多。必须指出,癌肿未损及支气管黏膜,或癌肿与支气管未沟通前,飞沫、痰都不会带血。



痰隐血检测法筛查肺癌简便又效高　文献报道，在肺癌高发的厂矿区用痰隐血检测法筛查14 431名工人，痰隐血阳性者1 942人，从中查到癌细胞 31 人，其中 6 人在 X 线肺片上找不到肿块，属于早期肺癌。用鼻毛隐血检测法，在肺癌高发厂矿筛查11 936人，隐血反应阳性为1 277人。凡鼻毛隐血阳性者均作肺部 X 线透视或拍片及留痰找癌细胞，从中查出肺癌 7 人，占总人群的0.09%，占鼻毛隐血阳性者的0.55%。鼻拭隐血筛查使肺癌的普查检出率提高了 6 倍，说明有较高的价值。

13. 青年肺癌的特点

青年肺癌发病率在提高　提起肺癌，不少人总想到的是中老年人，似乎它与年轻人无关。诚然，肺癌患者中以中老年人为多，但青年人患肺癌的并非罕见。青年肺癌是指 30 岁以下青年人所患的肺癌。以往，青年肺癌仅占全部肺癌的 2%，现已增加到5%～15%。青年肺癌有其独特的特点，即癌肿生长快、恶性程度高、病程短。未经治疗者的平均自然生存期仅 1.4～5.1 个月（老年患者为 6.5 个月），转移率达 66%，预后差。

人们对青年肺癌缺乏警惕　由于早期无特异性，所以给正确诊断带来困难。青年肺癌的误诊率高达 80%，主要是与肺结核、肺炎、支气管炎、胸膜炎等相混淆。患者从初诊到确诊平均需 6.5 个月（老年患者为 3 个月）。这样，确诊时就有 60%以上的患者属中晚期，只有 20%的患者适合手术切除，故很少有人能存活 3 年。

关键是早期发现　如能在癌肿直径小于 2 厘米，并局限于支气管壁而无浸润、转移时就予确诊，那么，青年肺癌的 5 年生存率可达 90%。因此，最关键的是必须做到早期发现、早期确诊。青年肺癌最常见的症状是胸痛，其次为咳嗽、胸闷、咳痰、咯



血等，也有10%的患者早期无症状。当青年人出现下列症状或体征时，应高度警惕肺癌的可能：胸痛、呛咳、咳痰；局限性肺气肿或哮鸣音、鼾音（在X线片上显示某一部位肺气肿X线表现，听诊时发现仅局部区域存在哮鸣音等异常呼吸音）；同一部位反复发生肺炎；"肺结核"经抗痨治疗后效果不明显；杵状指、骨关节肿痛、男性乳房增大等肺外体征；颈部、锁骨上淋巴结穿刺后病理证实为阳性。青年人的胸痛，经常被误认为是劳损性、损伤性胸壁疾患，这可以用下述方法鉴别：用手按压疼痛部位，如果没有压痛点，局部没有肿胀，一般可以排除损伤性胸痛。青年人反复发生肺炎，部位一般局限于某一部位，用不用抗菌药物似乎无关紧要，这种情况必须十分重视，很可能隐匿有肺癌。

对于青年肺癌的诊断　除传统的痰液脱落细胞学检查和X线胸部摄片外，应尽量选用下列方法：①CT检查，可查出直径为1厘米以下的癌状，鉴别良性与恶性肿瘤，特别适合于痰液检查为阳性而X片与支气管镜检查阴性的隐性肺癌。②放射性核素扫描，可检出较小的肺癌及早期淋巴结转移，准确率达96%。③血卟啉光敏检查，能检测癌灶部位及浸润范围，对早期病灶的确诊率高达94%。④血清检查，测定血液唾液酸含量及α_1酸性糖蛋白含量，准确率均可达83%～91%。

14. 肺癌的心血管症状

肺癌患者出现心血管症状者不少，如发生心包积液、心律不齐、心动过速或房颤、心内膜炎、血栓性静脉炎、人瓣膜病变等。

肺癌患者出现心血管症状的原因　可由肿瘤引起，也可因副瘤综合征而产生。原发或转移癌累及心或心肌是最重要的一个原因。肺癌尸检材料中约有1/3患者有心包或心肌受累，特别是中央型肺癌及小细胞癌，可引致心包积液，出现心包填塞症




状。临床表现为心律不齐、心动过速、房颤。叩诊时发现心脏扩大。吸气时常有颈静脉怒张。X线片上可见心影扩大，超声显像时可见心包积液。腺癌患者可以有非细菌性栓塞性心内膜炎，临床上可以有脑、脾、肾、心脏栓塞。肺癌患者可有凝血机制异常，出现游走性血栓性静脉炎。肺腺癌患者合并的血栓性病变是肺癌合并心血管症状的另一重要原因。此外，类癌综合征偶尔与肺小细胞癌伴发，主要表现为皮肤色泽多变、面部潮红、二尖瓣(左房室瓣)或主动脉瓣狭窄等。

出现心血管病症状也要检查肺部　当中老年患者突然发生血栓性静脉炎、心包积液、心律紊乱时，不要将注意力只集中在单纯的心血管疾病上，有时应该查一下肺部，也许在肺部会存在问题。

15. 纵隔肿瘤的迹象

纵隔的位置，上自胸腔入口，下至横膈，前至胸骨后，后至胸椎体，两侧为肺门。传统上将纵隔分成4个解剖区，即上纵隔，前纵隔、中纵隔和后纵隔。纵隔内有不同的组织和器官，可产生各种肿瘤、癌样病变和先天性发育异常。它们在X线检查时全部表现为纵隔肿块。这些肿块，除由气管、支气管、食管、心脏所产生的肿瘤外，还有瘤样病变，一些炎性包块，在习惯上均称为纵隔肿瘤。由于纵隔的解剖位置较固定，在其每一解剖位置上有一定的组织与器官结构。如果这些组织器官结构产生肿瘤，即可知其具体位置，可早期得出较肯定的诊断和治疗。例如，神经源性肿瘤，绝大多数位于后纵隔；先天性囊肿，位于前中纵隔；异位甲状腺瘤，位于上纵隔等。

纵隔肿瘤往往无明显症状　约有半数以上的患者由X线检查偶然发现。纵隔肿瘤的症状与肿瘤的部位、大小、生长速度



及是否压迫、侵犯邻近组织器官有关。

呼吸道症状　当肿瘤压迫或侵入支气管和肺时，可引起干咳、气促、发绀或咯血。症状的程度可因体位而异，若伴有肺不张或感染，可同时有发热、咳嗽、咳痰。这些症状多见于胸内甲状腺肿瘤和淋巴瘤。

吞咽障碍　食管受压时，可发生吞咽障碍，一般表现为咽下困难，但能够吞咽下去。多见于后纵隔肿瘤。

上腔静脉综合征　颈部、上胸部和颜面部水肿、青紫、静脉曲线。常见于恶性淋巴瘤和纵隔其他恶性肿瘤。

神经刺激症状　诸如声音嘶哑、膈肌麻痹、肋间神经痛、消化道功能紊乱。多见于胸内甲状腺肿瘤和神经源性肿瘤。

其他症状　胸骨后不适、隐痛，是各种纵隔肿瘤的最常见症状，若出现剧烈疼痛，通常为恶性指征。部分胸骨后甲状腺肿瘤有头颈部肿块自行消失历史，或有甲状腺功能亢进现象。畸胎瘤穿破入肺，咯出毛发及皮脂样物为其特有的症状。胸腺瘤可有重症肌无力症状，均应注意。

原发性纵隔肿瘤以神经源性肿瘤、畸胎瘤、胸腺瘤、胸内甲状腺瘤最多见，这 4 种肿瘤占纵隔肿瘤的 85%左右。其次为各类囊肿，其中 80%以上是良性的。

纵隔良性与恶性肿瘤可从生长速度、肿块轮廓、骨骼改变、上腔静脉是否阻塞、是否有远处转移等几方面来加以鉴别。良性肿瘤生长缓慢，边缘规则、锐利，有压迫性骨吸收、骨萎缩，无上腔静脉阻塞和远处转移；恶性肿瘤生长迅速，边缘模糊、有毛刺，大小难以估计，有侵蚀性骨破坏，有上腔静脉阻塞和远处转移。

二、消化系统

1. 胃癌的征兆

在我国常见的癌症中，胃癌的病死率仅次于肺癌、肝癌和肠癌，居于第4位。由于80%的早期胃癌没有症状，故胃癌有“隐形杀手”之称。

胃部疼痛　多数胃癌患者发病初期都有胃部疼痛症状，开始仅感上腹部不适或有膨胀沉重感，有时心窝部隐隐作痛，常被误认为是胃炎或溃疡病。如病变发生在胃窦部，可发生十二指肠功能改变，发现节律性疼痛，类似十二指肠溃疡的症状。直到病情发展出现持续性疼痛，甚至出现黑便或呕血时才被注意，而此时往往已至癌症晚期。因此，必须警惕胃部不适、疼痛这一常见又无特殊性的胃癌早期信号，特别是年龄在40多岁以上的人更应该注意。

食欲减退、消瘦　食欲减退、消瘦、乏力等也是一组常见而又缺乏特异性的胃癌早期信号。食欲减退即使不伴有胃痛也可以是胃癌的早期表现，若与胃痛同时存在尤应引起重视。有些患者因在进食后出现腹胀、嗳气而自动限制日常饮食，致使体重下降而消瘦、乏力。

恶心、呕吐、便血　胃癌的早期症状还可表现为食后饱胀感并伴有轻度恶心。贲门部肿瘤开始可出现进食不顺，逐步发展为吞咽困难和食物反流。便血的症状也常在胃癌早期出现，这是因为癌变破坏了小血管所致。小量胃内出血的表现是大便隐



血阳性，出血量多时可出现呕血和黑便。凡无胃痛的老年人，一旦出现黑便更应警惕胃癌的可能。此外，腹胀、便秘、胃下部不适、按压上腹有深压痛及轻度肌紧张，也可视为胃癌的早期信号。

胃癌的隐蔽性　主要体现在两个方面：第一，早期胃癌80％没有症状，少数患者即使有症状也是一些非特异性症状，如食欲不振、早饱、腹部不适、胃痛等，这极易与一些胃炎、溃疡病相混淆。而胃炎、溃疡病又极其常见，人们往往不加注意或随意吃些胃药治疗。上述胃癌早期症状往往又是可以缓解的。如胃痛一个时期后又不痛了，这就更易被疏忽了。第二，有的胃癌以胃外表现为主，不仅患者自身，就连医生也不容易想到。胃癌的胃外表现主要有：①以卵巢转移为首发表现，胃肠道症状不明显。②以肝转移为首发表现。据调查，胃癌的肝转移率为45.9％～46.5％。③以体表淋巴结肿大为首发表现，最多见的是左侧锁骨上淋巴结肿大，这种淋巴结在不知不觉中发生，逐渐变大，不痛，质地坚硬。如果出现这种情况，应该毫不犹豫地接受胃镜检查。

胃癌的隐蔽性很强，人们往往对此重视不够，延误治疗者实在太多了。

2. 胃癌的癌前病变

胃癌和其他大多数癌肿一样，在临床上出现明显症状之前，往往先经过一个相当长的发展演变过程，也即癌前期。胃癌的癌前变化包括两个方面：一方面是癌前状态，也称胃癌的高危状态，是指一些可使胃癌危险性明显增加的因素；另一方面是癌前病变，通常是指异型增生，即容易发生癌变的胃黏膜病理组织学变化，异型增生是各种癌前状态发生癌变的共同性病理基础和




前驱表现。根据现有的认识，胃癌的癌前状态包括：慢性萎缩性胃炎伴有或不伴有胃黏膜肠组织转化（化生）及恶性贫血，慢性胃溃疡，手术后残胃，胃息肉和肥厚性胃炎等。这些情况有发生胃癌的倾向，应作为防治胃癌的重点对象。异型增生是胃癌的癌前病变，程度上有轻度、中度和重度之分。轻度和中度异型增生大多尚可减轻或恢复正常，而重度异型增生进展快，恢复正常的比例越来越少，可维持多年不变或发展成癌。

胃溃疡会变胃癌吗 以往认为，良性胃溃疡与十二指肠溃疡不同，容易发生恶变，可转变为胃癌。临床上也确实看到一部分经久不愈的胃溃疡患者，在症状变化时再仔细检查，已发生了胃癌。男性胃溃疡多于女性，而胃癌也是男性居多。动物实验也证实，有糜烂性溃疡的胃黏膜易被致癌剂诱发成癌。

目前的临床随访和动物实验观察 以偏向于支持胃溃疡可发生癌变的观点，因为在溃疡周围常伴有萎缩性胃炎及异型增生，这种处于溃疡边缘的反复损伤和修复的黏膜是不稳定的，易受致癌因素作用而恶变。胃溃疡的癌变率为1%～5%，比早先的估测为低。因此，胃溃疡，尤其是慢性胃溃疡患者应属胃癌高危人群，必须定期随访做胃镜活检复查，并警惕溃疡边缘再生上皮异型增生的恶变。

术后的残胃会生癌吗 普通人群中，因胃的良性疾病而切除部分胃是较为常见的，但剩下的残余胃是否也会生癌呢？早在1922年就有人发现残胃更容易生癌。我国学者目前认为，残胃癌是指胃良性疾病或胃癌手术3～5年后残余胃所发生的癌。残胃癌发病率与术前胃的疾病种类无关，而与胃手术的方式有关。胃切除中的毕Ⅱ式比毕Ⅰ式手术患者的残胃癌发病率高2～12倍，可能是毕Ⅰ式手术较符合正常解剖生理特点之故。

残胃容易发生胃癌的原因 可能是术后胃幽门（胃的出口处）正常功能丧失，引起十二指肠碱性内容物反流。吻合口受反



流的影响最大，故残胃癌最好发的部位也是吻合口。在上述病理改变的基础上，外源性亚硝酸盐容易摄取，此外，存在炎症的胃黏膜会持续产生内源性亚硝酸盐，这些也与胃癌的发生有关。胃部分切除后，促胃液素（胃泌素）分泌量减少 50%～70%。促胃液素有加强胃黏膜屏障的功能，其水平低下会削弱胃黏膜上皮的营养功能和屏障功能，有利于残胃发生癌肿。

残胃癌的预后较差　故早期防治极为重要，积极治疗碱性反流性胃炎是减少胃癌发病的重要措施。X线和内镜检查是诊断残胃癌的主要手段。有严重异型增生的患者，应加强随访，以便及时发现早期残胃癌，并早期手术切除，仍可获满意的疗效。

萎缩性胃炎会变胃癌吗　据世界卫生组织统计，我国胃癌的病死率居世界第五位，为胃癌高发区。为了降低胃癌的病死率，目前专家们一致认为，最好的途径是及时发现有可能导致胃癌的癌前病变，而萎缩性胃炎被认为是一种重要的癌前病变。

流行病学调查证实，萎缩性胃炎和胃癌的关系比较密切。西北各省胃癌病死率高达 40.62/10 万，胃癌低发区的中南和西南一带病死率仅 5.16/10 万，两者相差 7.9 倍。而胃癌高发区的萎缩性胃炎比胃癌低发区重，发病年龄早，癌变的时间也短。

尽管萎缩性胃炎与胃癌的发生有一定关系，但其最高的癌变率也只在 10%以下，这说明很大一部分萎缩性胃炎并不发生癌变。那么，什么样的萎缩性胃炎可能癌变呢？目前医学界专家认为，凡同时存在肠上皮化生（即肠内的上皮在胃黏膜中出现），特别是结肠型肠上皮化生及胃黏膜组织异型增生的萎缩性胃炎并发胃癌的可能性较大。

萎缩性胃炎为什么容易癌变呢　据研究，患有此种胃炎者胃内酸度较低，霉菌、硝酸盐还原菌及亚硝酸盐明显高于其他胃炎，而这些因素正是胃癌的发病原因。胃黏膜萎缩了，就给肠上皮细胞的侵入创造了条件。



萎缩性胃炎是慢性胃炎中的一种,无特异临床症状,患者仅感到上腹部不适或烧灼感、轻度恶心、口苦、食欲不振。必须通过胃镜及X线检查才能确诊。一旦发现萎缩性胃炎应该密切随访。并充分重视饮食管理,不吃薰、腌食物,多食新鲜蔬菜、水果和牛奶。如果见有结肠型上皮化生及异型细胞增生,最好还是及早手术。

胃癌的癌前变化,即癌前状态和癌前病变的多种情况中,以萎缩性胃炎,术后残胃和胃溃疡最为主要,其中若伴有高度不典型增生及结肠上皮化生者危险性更大。

3. 老年人胃癌有何特点

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,其发病率随着年龄的增长而升高。老年人的胃癌有以下特点。

高位胃癌多见 所谓高位胃癌是指接近胃上口(即贲门)部位的癌肿。有资料表明,40岁以下的患者中,高位癌的发病率仅占16%,而老年患者中可占75%。这是因为老年人幽门腺上移,胃黏膜的屏障保护功能减弱,高位胃溃疡发生率随着年龄的增长而升高。由于胃溃疡易有癌变倾向,故而高位胃癌也相对增多。胃溃疡的周边发生胃癌前期状态或病变,如中度以上萎缩性胃炎、肠腺化生、不典型增生等,胃溃疡的癌变倾向就更大了。

症状不典型 老年人的高位胃癌发生率高,而发生于胃贲门、胃底、胃体上部的高位胃癌,因其解剖部位特殊,该处胃腔体积大,不易发生梗阻,所以在病变早期,或虽已是进展期但尚未出现并发症时,常无典型症状,不易引起注意。有些人可有一般胃病的中上腹不适、饱胀、隐痛及食欲下降,常当作一般的胃炎、胃溃疡或消化不良而被忽视。有的甚至认为是年龄增长、生理



功能减退的"自然规律",不当一回事。有些可出现不明原因的贫血,感到乏力、头晕、心悸、气促,往往也认为是"人老不中用了",并未加以注意。有些高位胃癌患者可感到胸骨后灼痛、胸闷、进食后哽噎感,但因老年人反应不敏感,加之常有心、肺等慢性病,以为是"老毛病"而未予重视,以致延误了诊治。不少老年患者到了发生上消化道大量出血时才引起注意,而高位胃癌的出血是癌肿侵蚀胃底血管引起的,加上老年人血管弹性差,出血不易自止,出血量大,反复出血,此时多易误诊为食管或胃底静脉破裂出血。

容易误诊漏诊　高位胃癌位于肋弓之下,胃肠钡餐检查时容易漏诊。纤维胃镜是检查、诊断高位胃癌的有效手段。进口的纤维胃镜细、柔软、活动度大,不存在"盲区",只要检查仔细,一般不会漏诊。气钡双重造影可提高胃肠钡餐造影的准确性,可发现早期胃癌并确定病变范围,可是老年人大多畏惧此项检查,因而容易误诊、漏诊。

为了防止遗漏胃癌的诊断,老年人如有原因不明的中上腹饱胀不适、隐痛、食欲下降、消瘦、贫血、进食后哽噎感、胸骨后烧灼样不适都应作胃的检查。患有溃疡病、慢性萎缩性胃炎者,应定期查粪便隐血,必须注意要多次反复地查,不要一次阴性便认为平安无事了。若粪便隐血阳性必须做胃镜检查,不能迟疑。

4. 吞咽不畅莫大意

我国是食管癌高发地区,每年新发病例占世界年新发病例总数的一半以上。每年约有 19 万人死于食管癌,居恶性肿瘤死亡的第 4 位。

食管癌发生早期的一般表现　为吞咽时轻度梗阻感或吞咽时食管内疼痛、胸骨后隐痛、闷胀不适、吞咽时食管内有异物感



等。早期这种咽下不畅所产生的种种不适感常可自行消失，并反复出现。在心境不畅、情绪波动时尤易发生，但不影响进食，所以常易被误诊为“神经官能症”。

自觉进食后食管有食物滞留不下，或有异物感，食毕后消失，这种症状出现的部位常与食管内病变的部位相一致。可惜的是，这些症状往往得不到足够的重视，未能及时去医院检查。只有当约有 2/3 食管周径被癌细胞浸润时，才会出现吞咽困难，并在 6～7 个月过程中逐渐加重，从不能咽下固体食物发展到连流质饮食也不能咽下。

关键在于早发现　食管癌如能早期发现、及早手术，5 年以上生存常可达 90%以上。关键在于提高警惕，对于早期出现的噎食、咽下哽噎感、堵塞感或异物感必须引起充分重视，切勿为症状时隐时现所迷惑，切勿为症状带有“情感色彩”而认为系心理因素所致。及时做食管钡餐检查是重要的，千万不可拖延时日。

5. 青年人吞咽不适，同样要重视

虽说食管癌好发于中老年人，但如果青年人有长期持续的吞咽不适，同样要引起重视，因为青年人也会发生食管癌，而且恶性程度更高。

青年人食管癌的发病主要以吞咽困难为首发症状　他们的吞咽困难呈进行性发展，即最初有吞咽不适，以后日益加重，由进食硬饭不适到借助喝水帮助吞咽，再逐渐发展到不能进食软饭，不能进食稀饭，只能喝牛奶，最后滴水难进。除吞咽困难外，尚有胸背痛、胸骨后烧灼感、胀满感。由于青年人发病少，易误诊为食管炎或神经痛。当出现吞咽困难时，最好先做 X 线吞钡食管透视，若食管钡透未发现病灶，尚需作食管镜检查，以便找



出病因，及时治疗。

青年人食管癌的特点　青年人食管癌同中老年患者相比，其特点首先是癌细胞病理分化较差，恶性程度高。其次是转移的情况较多见，如纵隔、锁骨上淋巴结转移的比例增高。这些都能直接降低青年患者术后的生存年限。

总之，食管癌不仅可发生于中老年人，尚有一定的比率发生于青年人。要提高青年人食管癌的疗效，关键是人们的认识，当出现某些迹象时，必须要接受检查。

6. 大肠癌的迹象

在消化道的恶性肿瘤中，大肠癌的预后是最好的，如能早期发现，大多能获根治。因此，了解大肠癌的早期表现是十分重要的。

大肠癌是直肠癌与结肠癌的统称，大肠癌是经济发达国家和地区的常见癌症，上海是国内大肠癌发病率较高的地区。据上海市肿瘤研究所的统计资料显示，大肠癌在各种癌肿中的顺序已从20世纪70年代的第6位上升到90年代的第3位，仅次于肺癌、胃癌。近20年来，男性结肠癌上升了106.8%，女性结肠癌上升了93.3%。出现以下症状时应引起关注。

便血　便血是大肠癌最常见的症状，如直肠癌90%均有便血。如果病变距肛门较近的出血，有时肉眼能看到鲜红色血液，称为显性出血。如果病变远离肛门的出血，有时需要通过化验(实验室检查)的方法才能发现大便中带血，这称为隐性的出血。对肉眼发现的显性出血(鲜血)，不论是医生，还是患者本身都不太重视，极易疏忽，因常被误认为“痔疮”，延误了最好的治疗时机。国内有报道指出，最初以大便带鲜血多为第一症状的大肠癌患者中，最短间隔5个月，最长间隔42个月后才确诊，这一教



训是极其沉痛的。

贫血　离肛门最远的盲肠、升结肠的病变引起的出血往往是隐性的出血，不易察觉，只有通过化验才能发现。由于慢性失血，患者开始的症状以不明原因的贫血为特点，通常不引起患者和医生重视，直至贫血严重或出现腹块才考虑到大肠癌而进行检查，常为时已晚。

排便习惯及粪质改变　排便习惯改变是最早出现的症状。多数表现为大便次数增多，粪便不成形或稀便，排便前可有轻度腹痛。直肠癌患者症状常为大便次数增多、黏液血便、里急后重。以上症状往往被误认为肠炎、痔疮等。大肠内易癌变的息肉主要是大肠腺瘤，此种腺瘤可分泌大量的黏液，而且随着肿瘤的生长，黏液量分泌不断增加，大便次数增多。如肿瘤近肛门口，有排便不尽和里急后重的感觉。肿瘤如生长在近肛门口侧的直肠内，随着肿瘤的增长变大，大便可以逐渐变形和变细，大便次数增多，甚至引起大便困难。

腹痛　由于早期腹痛多为隐痛，而且有时无症状容易忽视。如果肿瘤侵犯肠壁，疼痛会加剧。若出现肠梗阻则可有剧烈的绞痛，并伴有腹胀等症状。

腹部肿块　当肿瘤长到一定程度时，腹部可摸到肿块。肿块一般质地较硬，不规则，有的活动度较大，有的肿块则固定不易移动。

肠梗阻　为结肠癌的晚期症状，表现为低位肠梗阻，腹胀明显，恶心呕吐不突出，约有10%的患者在出现急性肠梗阻症状时才就诊。

有上述症状时，应该就诊并接受以下一些检查：①粪便隐血检查：可检查出肠道少量的出血。②直肠指检：直肠癌占大肠癌的50%以上，而且75%～90%的直肠癌可以手指触及。③结肠X线检查：钡灌肠X线检查是诊断结肠疾患最有效的方法之

一，可显示结肠各部位黏膜病变。气钡双重对比可显示黏膜早期改变，在X线下可发现大部分结肠肿瘤。④直肠镜、结肠镜及活组织检查：怀疑有直肠癌的患者应做直肠镜检查，在直视下可见到病变，并应做活组织检查，确定肿瘤性质。纤维结肠镜的发展对于结肠病变同样有重要意义。⑤血清癌胚抗原(CEA)测定：CEA是一种细胞膜糖蛋白，大肠癌组织可有此类抗原，采取放射免疫法可以测定血清中CEA的含量，正常值为5毫微克/毫升以下，约有60%的患者血清CEA高于正常值。不过，其他恶性肿瘤及非肿瘤患者也可有CEA增高。⑥直肠超声检查：使用超声显像仪(B型)，配用特制的肠探头探测肿瘤的大小、浸润肠壁深度、淋巴结转移及周围脏器是否受侵袭。⑦剖腹探查：高度怀疑大肠癌，用一般方法检查不清的，应积极配合医生做剖腹探查。

7. 大肠腺瘤：不可忽视的癌前病变

目前的研究表明，大肠癌的发生与发展，除与饮食、环境、遗传及种族等因素有关以外，与存在于大肠黏膜上的大肠腺瘤也有着密切的关系。欧美大肠癌高发地区，大肠腺瘤的发病率也高，而大肠癌低发的非洲国家，大肠腺瘤十分罕见。大量的流行病学与病理学研究表明，在众多的发病因素中，大肠腺瘤是大肠癌的癌前病变。一些著名的大肠癌专家的病理研究，均认为大肠癌事先需经过一个腺瘤期，腺瘤演变为癌所需时间平均长达10年。积极治疗大肠腺瘤，大肠癌的发病率即可减少。

大肠腺瘤的分型 大肠腺瘤分3种，即管状腺瘤、绒毛状腺瘤及混合状腺瘤，3型腺瘤发生癌变的机会分别是5%、40%和20%。大肠癌患者在初次发现的腺瘤摘除后，有30%～35%患者以后又发现患新的腺瘤。因此，对大肠腺瘤患者在初次治疗



后仍应按高危人群对待，进行严格随访。目前流行病学、病理学、临床等研究结果均明确指出：除了一部分大肠癌是由正常大肠黏膜上皮细胞演变而来以外，大部分大肠癌起源于先前存在的大肠腺瘤基础之上。

大肠腺瘤的临床表现 依腺瘤的类型、大小与部位而有所不同。小的大肠腺瘤，50%左右的患者可无任何症状；大的管状腺瘤患者，可因瘤体与便团相互摩擦而致大便带血，距肛门口近的蒂长的腺瘤，有时可脱出肛门口；而绒毛状腺瘤患者，除了便血外，常出现大量黏液性便，腹泻达近千毫升黏液，重者引起水、电解质紊乱。混合性腺瘤的症状大多与管状腺瘤相似，不甚典型。大肠癌通常以腺瘤中所含绒毛成分的比例分为 3 种：绒毛状成分占 20%以下者属管状腺瘤；占 20%～80%者属混合性腺瘤；占 80%以上者称绒毛状腺瘤。一般而言，大肠腺瘤中绒毛成分越多，发生癌变的机会越大。

大肠腺瘤与癌变的关系 现认为，大肠腺瘤的大小、类型、腺瘤的不典型增生程度、外形及数目等与癌变有不同程度的关系。瘤体大于 2 厘米、绒毛状成分多、有重度不典型增生、广基(即肿瘤的基底部较宽大)型且基底硬变、远端大肠腺瘤及多发性大肠腺瘤易发生癌变。有一种家族多发性大肠腺瘤病，癌变率高达 100%。通常认为 1 厘米以下的腺瘤很少恶变，但也不尽然，必须经过长期随访观察。

大肠腺瘤是大肠癌的前奏曲 大肠腺瘤患者应通过肛门指检、乙状结肠镜、纤维结肠镜及气钡造影 X 线检查等以明确诊断，并给予积极治疗。这样可以防癌于未然，以减少大肠瘤的发病率，提高治愈率。大肠腺瘤是大肠癌的癌前病变，或称大肠癌的征兆，必须充分重视。



8. 中老年人肠梗阻与癌

肠梗阻是因肠腔内容物的正常运行发生障碍，不能顺利地通过肠道而发生的一种常见的外科急腹症，病情危重。以往以单纯手术为主，病死率甚高。现在注意维持水、电解质平衡，采用胃肠减压和抗生素，病死率就大大降低了。但是必须查明原因，因为其中有些是癌肿引起的，尤其是中老年患者。

肠梗阻按原因分类 肠梗阻按其发生原因的不同，分为机械性肠梗阻、动力性肠梗阻和血运性肠梗阻。肿瘤压迫使肠腔变小、狭窄，肠管粘连，最后导致肠腔堵塞而引起的肠梗阻，主要表现为机械性肠梗阻。梗阻发展到后期，由于肿瘤毒素的吸收，神经抑制，导致肠蠕动丧失，肠内容物运行停止，进一步演变成麻痹性肠梗阻，使病情加剧。

肠梗阻按部位分类 可分为高位性肠梗阻和低位性肠梗阻。小肠癌肿引起的梗阻，特别是高位小肠梗阻，往往症状不典型，腹胀不明显，尤应引起重视。结肠梗阻属低位性肠梗阻。右半结肠因肠腔大、粪便较稀，癌肿早期很少有肠梗阻症状，但若不及时切除肿瘤，到后期也可发生肠梗阻。左半结肠的肠腔较狭小，粪便已形成粪块，故癌肿发展到一定程度时容易出现梗阻症状，甚至发生完全性梗阻。直肠癌肿，特别是缩窄型，由于癌肿主要向肠腔内生长，浸润肠壁，形成环状缩窄，于是从起初的不完全梗阻发展为完全性梗阻。

癌肿引起的肠梗阻 因部位的不同，其症状、体征也有不同。小肠癌肿可反复出现间歇性腹痛，发作时可感到肠内有游动的块物，伴高调（即听诊时听到的肠鸣音声调很高）的肠鸣音，往往同时出现腹泻、食欲减退、恶心、呕吐等症状。患者有慢性贫血，有间断性大量出血史，大便可呈柏油样，但胃肠道 X 线钡



餐检查可能无病变发现。右半结肠癌肿，表现为右下腹隐痛、腹胀、便秘及脓血样或黏液样大便。粪便排出量与肠梗阻的程度有关，当发生完全性肠梗阻时，可几日不排便，右下腹部可触及实质性肿块。癌肿如浸润到周围组织，则肿块固定。此外，伴有全身中毒症状，如贫血、发热等。左半结肠癌肿，表现为腹痛、腹胀、便秘、便血为主的低位肠梗阻症状，症状可为急性、亚急性或慢性。由于肠腔内常积有干粪便，所以有时能触到较硬的条束肿物。直肠癌肿，表现为腹部不适、腹胀、脓血样便、排便次数增多、里急后重、下坠感、粪便变细、阵发性腹部隐痛等不完全梗阻症状。到了后期，可出现排尿不畅、骶骨及尾骶部疼痛、完全性便秘。

患者如有腹痛、呕吐、无排便或肛门排气，应高度怀疑肠梗阻。当梗阻发生时，梗阻部位上段的肠段强烈蠕动，表现为阵发性绞痛，伴有肠鸣音，并有肠型和肠蠕波出现。呕吐为反射性，其表现按梗阻部位的高低而有所不同。高位小肠梗阻可引起频繁呕吐，吐出物主要是胃液、十二指肠液和肠液，但腹胀不明显。低位小肠（如回肠末端）梗阻，在初期反射性呕吐后常有相当长的一段时间没有呕吐，待肠膨胀显著、肠腔充满气体和液体时，肠子的逆蠕动使肠内容物逆流到胃内，再度发生呕吐。这种呕吐因是逆流性的，胃内容物逆流而吐出。先是胆性液体，后渐变稠，且有臭味（即为呕粪）。结肠梗阻的呕吐仅在梗阻晚期出现，呕吐次数少，可吐出粪样物，但腹胀明显，完全性梗阻时可停止排便排气。

X线腹部透视或摄片检查　对确定有无肠梗阻及梗阻部位有很大帮助，在梗阻早期即可显示肠腔内充气，可见多数液平和气胀肠襻。实验室检查，血二氧化碳结合力下降，表明有代谢性酸中毒。血清钾、钠、氯离子的变化，可反映肠梗阻时的电解质紊乱状态。



肿瘤引起的机械性肠梗阻，以手术治疗为主　目的是去除病因，对中年老人发生的肠梗阻症状，首先应当想到的是肠内癌肿。

9. 查出胃肠道息肉后

胃肠道息肉，是指胃肠道腔内隆起的病变。它既可是肿瘤，也可是黏膜肥厚、增生。近年来，随着纤维内镜的广泛应用，胃肠道息肉的可检出率日渐增多。胃肠道息肉以胃与大肠息肉多见，甚少见于小肠。胃息肉比大肠息肉明显少见，胃息肉的检出率为2%，而大肠息肉的检出率高达51%。

胃肠道息肉可以癌变　据研究，约有85%的胃息肉病例伴有低胃酸症，而在萎缩性胃炎、恶性贫血和胃癌病例中，胃息肉的发病率相当高，由此可见，胃息肉与胃癌具有相似的发病环境，即低酸或无酸。胃息肉中有75%～90%为增生性息肉，多为单发，直径小于2厘米。这种息肉是正常黏膜的反应性增生，不是真正的息肉，一般不会癌变，但也有不少与胃癌共存。胃切除后，在胃肠吻合部位也可发现有增生性息肉，可能与低酸有关。一般认为，增生性息肉与胃内恶性病变共存的情况可高达25%，因此，对增生性息肉也不可掉以轻心。胃息肉中居第2位的是腺瘤性息肉，多发生于胃窦部。这是一种真正的息肉，有恶性倾向，息肉直径大于2厘米者，癌变率更高。腺瘤性息肉可与胃癌并存，有时息肉就在胃癌边缘。目前公认，腺瘤性息肉是重要的癌前病变。

胃息肉癌变主要是腺瘤性息肉　其他的息肉几乎不发生癌变，而腺瘤性息肉仅占胃息肉的10%左右。因此，对增生性息肉一般主张在纤维内镜下切除，没有必要做胃切除。腺瘤性息肉如癌变局限在黏膜内，也可采用纤维内镜下切除；如黏膜下浸



润，或癌变侵及淋巴管、静脉时，应按胃癌一样手术。纤维内镜下手术切除，手术是简单，但难以排除残留的淋巴结转移与胃内癌肿复发。因此，有专家主张，对息肉癌变的患者进行纤维内镜下切除应严格掌握指征，仅适合于有手术禁忌证的患者，多用于直径小于2厘米带蒂息肉，或直径小于1厘米无蒂息肉者。对于直径在2厘米以上宽基底的胃息肉，还是采取胃切除手术为宜。经纤维内镜下切除者，术后应定期作胃镜随访检查。

大肠息肉80%～90%为腺瘤 被公认为大肠癌的癌前病变，与大肠癌发生有密切的关系。其癌变率国内报道为1.5%～10%，癌变率与腺瘤的大小关系密切。直径在0.5厘米以下者，癌变率为0.8%，0.5～1厘米者为7.7%，1～2厘米者为12%～13%，2～2.5厘米者为26%，2.5厘米以上者为32%。一般认为，直径在0.5厘米以下者，癌变率与正常人群无明显差异，可不予手术；而大于0.5厘米者，原则上应予切除，并进行病理组织学检查。如病理组织学检查为黏膜内癌，息肉断端已无癌组织或腺瘤组织，不必再做肠切除术。如断端残留癌组织，初次切除为部分切除，可以内镜下做再切除。如息肉已全部切除，多数情况下，由于烧灼可使残留的癌组织坏死、脱落，可暂不做处理，近期内复查并切取活组织做病理检查。如组织学检查为黏膜下浸润癌，原则上应开腹手术。大肠息肉若为单个腺瘤，切除后第1年随访检查一次，阴性者以后每3年随访一次。如为多个腺瘤，或腺瘤大于2厘米者，伴有不典型增生者，应3～6个月随访一次，阴性者每年随访一次，连续两次阴性，则改为3年随访一次，随访检查不应少于15年。

直肠息肉是有迹象可寻的 主要为无痛性便后出血，量少，为鲜血，常附于粪便表面，不与粪便相混。低位息肉蒂较长者排便时可见紫色圆珠状物脱出肛门外，便后多能回缩，当肠蠕动牵拉息肉时，还可以刺激肠道，引起腹痛、腹泻、腹部不适、里急后



重等症状。

需要注意的是家族性息肉病，全结肠和直肠均可发生多发性腺瘤，数目平均可达 300 个左右。这种息肉癌变的倾向甚大，是重要的癌前病变。

10. 阑尾炎与结肠癌

近年来，医学专家发现，在阑尾炎与结肠癌之间似乎存在着一定的因果关系。有一些急性阑尾炎患者，在手术中未发现有结肠癌，但在手术后不久，却因再次出现腹痛、低热或不全性肠梗阻表现而入院，在手术探查时发现有结肠癌。

阑尾炎与结肠癌之间究竟有无联系呢？ 目前存在 3 种观点。第一种观点认为，两者互不相关，仅是并存的关系。第二种观点认为，阑尾炎可以是结肠癌的一种早期表现，结肠癌是基本病变，阑尾炎只是一种症状。第三种观点认为，是先有阑尾炎，在阑尾切除后，由于免疫功能降低再发生结肠癌。3 种观点孰是孰非呢？目前大多数专家倾向于第二种观点，即结肠癌是基本病变，阑尾炎只不过是它的一种早期症状。由于有典型的阑尾炎表现，手术中也发现确有阑尾炎症状，只是由于结肠癌病变离阑尾较远，手术时未能进行详细检查，以致发生遗漏。术后到再次出现腹痛、低热时，也未想到结肠癌，甚至出现不完全性肠梗阻时，也常以为是术后肠粘连引起的肠梗阻，以致贻误诊治。往往到再次手术探查发现结肠癌时，病变已属晚期，失去了根治机会。为了提醒人们注意这种情况，有些专家主张把这种发生于结肠癌基础上的阑尾炎，称之为“症状性阑尾炎”。为什么结肠癌会引起急性阑尾炎呢？原因有多种。

第一种情况　发生结肠癌后刺激结肠，使结肠节段性收缩加强。如果回盲瓣功能良好，可使结肠癌病变上段的结肠腔内




压力升高。而肠腔内压力与肠腔半径成正比,回盲部为全结肠最宽大部位,压力最高,阑尾腔内径最小,压力最低。当肠腔内压力持续升高时,这种压力差最为显著,可导致阑尾引流不畅,菌群失调,从而发生急性阑尾炎。

第二种情况　当结肠癌的癌细胞发生淋巴转移时,可以使阑尾的淋巴回流受阻,引起阑尾水肿、缺血、抗感染能力下降。再加上阑尾的基底部狭小,回盲瓣肿胀关闭,阑尾病理性分泌黏液增多,引起阑尾梗阻,为细菌感染创造有利条件,就会发生急性阑尾炎。

第三种情况　发生于阑尾附近的结肠癌,其炎性分泌物直接或间接延及阑尾。如肿瘤周围区域炎症直接扩散,侵犯阑尾根部,造成炎症直接蔓延。又如癌组织分解坏死,产生炎性渗出液流向回盲部,浸泡阑尾,可使阑尾壁受侵而肿胀,炎性渗液中的细菌也可循淋巴组织直接到达阑尾,从而导致急性阑尾炎。

第四种情况　当结肠癌发展到一定程度时,可导致肠梗阻,使病变以上处结肠蠕动加强,可驱使粪块、未消化食物残渣、失调的细菌进入阑尾腔,引起阑尾梗阻发炎。

第五种情况　癌肿侵及动脉血管,引起动脉痉挛收缩。阑尾动脉为一细小的终束动脉,可因痉挛收缩而导致阑尾缺血、坏死,使细菌有机可乘,由内向外引起阑尾炎症。严重时还可发生阑尾坏疽、穿孔。

此外,由于结肠癌引起免疫功能减退,也可使抗感染能力降低。阑尾壁含有丰富的淋巴组织,本身又是一个退化器官,容易成为病菌突破口,招致细菌入侵,引起感染。这也是结肠癌易发生阑尾炎的原因。

症状性阑尾炎的预防措施　为早期发现这种“症状性阑尾炎”,不为阑尾炎的表象所迷惑,以致贻误基本病变结肠癌的早期诊治,必须提高警惕。对于 40 岁以上的急性阑尾炎患者,如



平时有腹泻、大便习惯改变、黏液血便，必须想到“症状性阑尾炎”的可能。对于阑尾炎患者，有锁骨上淋巴结肿大者，更应想到淋巴结可能是结肠癌转移所致。对于阑尾炎术后不久又出现腹痛、低热、不完全性肠梗阻者，更要想到基本病变是结肠癌。X线钡剂灌肠检查、纤维结肠镜检查、大便隐血化验、血癌胚抗原测定都有助于明确诊断。

11. 皮色多变的背后

有些患者可出现皮肤色泽多变的奇特现象。开始颜面皮肤发红，以后扩散至颈、肩、上臂、胸部，继之又转为苍白，而后恢复正常。整个发作历时半小时许。后因右下腹反复隐痛，并可触及肿块，经剖腹探查后发现阑尾部位有一肿块，病理检查为类癌。

类癌患者常有皮色瞬息变化的现象　多半由潮红转紫红再变为苍白，历时从数分钟到半小时不等。支气管类癌引起的潮红历时较久，可达数小时至数日。每周发作1～2次到每日发作数次、数十次，一般随病情加重而发作日趋频繁，持续时间延长。有时可伴发热、出汗、流泪及流口水。进食时，尤其是饮酒可诱发潮红和体温变化。长期反复发作的患者面、颈处可有毛细血管扩张、小静脉怒张，出现青紫色或静脉纹。部分患者的皮肤明显干燥、粗糙、多屑。潮红的皮肤有灼热的感觉，有时会有痒感，但一般不显著，这与皮肤过敏后的炎症完全不同。

类癌患者的其他症状　类癌患者除去皮色多变、皮色潮红外，还常有腹痛、腹泻、哮喘样发作、心动过速、低血压等现象。现医学上将这些症状称之为类癌综合征。类癌综合征是由类癌及其转移灶分泌的5-羟色胺、组胺、儿茶酚胺、激肽、前列腺素等物质引起的。这些物质的生物效应便是扩张血管、激发炎症。



当皮肤血管扩张后便出现皮肤潮红。时间较久，局部组织缺氧时就出现紫红色，5-羟色胺等分泌减少，皮肤血管代偿性收缩，于是皮肤转呈苍白。血管扩张可导致血压下降和腹痛、腹泻。这些介质同时有引发心悸和哮喘的作用。体内大量色氨酸合成了 5-羟色胺，导致烟酸和蛋白质合成不足，可引起皮肤干燥、粗糙、脱屑症状。

类癌通常是一种发展缓慢的恶性肿瘤　50%原发于阑尾，此外也见于小肠、支气管、胆囊、胰腺、卵巢等处。类癌综合征在类癌中的发生率很高，约占 40%。类癌虽说发展不快，但仍可转移，尤其是肝转移。有肝转移者肝脏肿大，触摸肝脏后可诱发皮肤潮红及其他皮色改变。这是一个比较特有的现象，在其他的肝转移性肿瘤或原发性肝癌中均不会出现，凡有此现象者，应该高度警惕类癌的肝转移，不仅要立即查肝 B 超、肝 CT，还要查原发的类癌。

类癌的症状虽不典型，但更应重视早期信号和预防　类癌一般缺乏恶性肿瘤常有的消瘦、食欲减退、发热等全身症状，也不出现特异性的异常检验，故不容易被发现。类癌综合征，尤其是皮色的瞬息多变是类癌的最为典型的表现，也可以说是类癌的一种早期征兆，有此情况者，必须做详尽的全身检查，尤其是阑尾和支气管。

12. 从[illegible]

早在 1984 年里根竞选连任总统时，曾有人提出反对，理由是里根的粪便经常查有隐血阳性，胃肠道可能有问题。1985 年，里根连任总统后，发现大便隐血现象加重，经纤维肠镜检查发现大肠内有多发性息肉及癌变。同年做了首次大肠癌切除术。1986 年 6 月，又有隐血，诊断为息肉复发，又做了第二次大



肠癌切除术。简单的粪便隐血试验,使里根两次早期发现大肠癌及癌前病变,得以及早手术切除,从而避免了严重的后果。

粪便隐血检查有助于消化道癌肿的诊断 此事在全美国引起了轰动,举国上下在成年人中掀起了粪便隐血检查热,并确实发现了不少早期消化道癌肿,全球为之瞩目。消化道癌肿,如胃癌、大肠癌、常因糜烂而有少量出血,可随粪便排出,因而做粪便隐血检查有助于发现这种微量出血,显然是值得重视的早期信号。

西方人以肉食为主,所以大肠癌发病率高 东方人,特别是中国人以素食为主者居多,相对来说,食管癌、胃癌则更多见。大便隐血阳性者,其出血部位究竟是食管、胃、还是大肠,不能鉴别。再者,很早期的食管癌、胃癌,因出血量极少,经大便稀释后不易查出,因此,寻找一个简单而又可靠的检测方法就显得十分必要了。

隐血珠可检测早期消化道癌症 中国医学科学院肿瘤医院的医生从里根患大肠癌中得到启示,设计出一种隐血珠,可用于普查食管癌、胃癌,收效满意。隐血珠是一种透明的小塑料珠,系在一根 80 厘米长的细线上,珠内装有隐血检测试剂。受检者在早晨或下午空腹时先用冷水漱口(不是刷牙),然后用 50 毫升冷开水将小珠边吞咽边饮水送入胃内,只留线头在口腔外面。胃内一般总有 50～100 毫升胃液,若食管或胃黏膜有炎症、溃疡、糜烂,只要表面有少量出血,珠内的试剂就会变色,根据出血程度从黄色变为浅蓝色。隐血珠可作为家庭保健工具,受检人可自行检查,将隐血珠吞入,3 分钟后慢慢拉出来,自己观察颜色的变化。健康人可每隔 6～12 个月自我检查一次,以了解胃和食管的情况。若 2 次均为阳性,应做胃镜检查,弄清出血原因,并做活组织病理检查,鉴别炎症、溃疡或早期癌症。

目前对痰液也开展了隐血试验 痰中带血是支气管黏膜糜



烂、溃疡、出血的结果。初期因渗血甚少，混在痰液中不易为肉眼发现。使用联苯胺衍生物作显色剂，血红蛋白遇到过氧化氢分解出的单态氧，氧化联苯胺就变成蓝色。资料表明，应用痰隐血检测来普查肺癌，尤其是40岁以上的吸烟者，可作为家庭保健检查项目。

13. 慢性溃疡性结肠炎与癌

慢性溃疡性结肠炎近年来颇受重视，是一种不明原因的炎症性肠病，多见于青、中年，主要表现为慢性腹泻，腹部隐痛，血便、脓血便或黏液血便，常伴有全身其他脏器自身免疫性疾病，如关节炎、皮肤病变、眼病、肝病、口腔复发性溃疡、血管炎等。

慢性溃疡性结肠炎可恶变发生大肠癌 据国外资料统计，慢性溃疡性结肠炎癌变率占5%～10%，慢性溃疡性结肠炎的大肠癌发病率较一般人群高5～20倍，尤其是全结肠有病变者。大肠癌的发病率随结肠炎病程增长而增加，其中3/4的结肠炎患者病程在10年以上，1/10病例的结肠炎病史在5年以上。溃疡性结肠炎转化为结肠癌的原因至今不十分清楚，有人认为与溃疡旁增殖的上皮细胞的脱氧核糖核酸酶含量高、代谢与分裂活跃有关，具有不成熟细胞的特点。

慢性溃疡性结肠炎并发的大肠癌有其特色 一般大肠癌好发于乙状结肠和直肠，而溃疡性结肠炎引起的大肠癌则均匀分布于整个大肠，只有1/4患者发生于乙状结肠，直肠癌则是多中心性，可同时有几处病灶，发生率高达5%～42%。溃疡性结肠炎引起的结肠癌、直肠癌常呈皮革样浸润，所引起的狭窄与良性窄狭较难区别。从病理上检查多为分化较差的黏液分泌癌，所以预后一般较结肠癌、直肠癌差。

溃疡性结肠炎有无并发结肠癌，在症状上很少能区别。对



于慢性溃疡性结肠炎如有腹痛加剧、食欲减退、反复出血、体重减轻，经一般治疗后症状不改善者，应想到癌变可能，特别是病程超过 10 年以上者更要引起注意。钡剂灌肠及纤维结肠镜、直肠镜检查对诊断有很大的价值，特别是纤维肠镜，通过病理活组织检查可以发现癌前病变。在肯定癌变后，应做全结肠切除。对于病程在 10 年以上，病情加剧而不能用内科治疗控制者及反复发作者宜及早手术。

易并发胆管癌 溃疡性结肠炎除了并发大肠癌外，并发胆管癌的机会也比一般人群高。2/3 癌肿发生于肝外胆管，1/3 发生于肝内胆管。胆管阻塞时可出现黄疸，且呈进行性加重。溃疡性结肠炎如出现黄疸，特别是进行性加重不消退时，应重视。

国内慢性溃疡性结肠炎发病与西方国家略有不同 一是发病率低，二是病情较轻，三是并发症少。我国慢性溃疡性结肠炎并发大肠癌也远比国外少，但仍有发现，以慢性持续发作者多见，有的溃疡性结肠炎病程可不到 3 年，发病仍以多中心居多，即同时存在多处癌性病灶。因此，慢性溃疡性结肠炎者应每年做 2 次纤维肠镜检查，以期早期发现。

14. 大[illegible]

一天早上，周女士发现她丈夫的粪便颜色如同果酱一般，问之，说已有 2 周多了，可能是多食西瓜所致，遂不在意。以后，多日不吃西瓜，大便外观仍未正常，于是送大便去医院检查，结果大便隐血试验显示阳性。周女士本人也系医务人员，知道大便隐血阳性意味着消化道有出血，便劝丈夫做胃肠 X 线检查，结果未见病变。肛门检查无痔疮，直肠指检未发现肿块。

患者出现果酱样大便、腹痛和贫血 周女士的丈夫年逾花甲，平素健康状况良好，近期也不觉有甚不适，仅有时感到脐周




有些隐痛，面容稍显苍白。周女士认为苍白源于慢性失血所致的贫血，何故慢性失血，是否与胃肠肿瘤有关，周女士甚觉不安，四处请名医诊治，做了B超、胃肠内镜、CT、MRI等大量检查，皆无有意义的发现。医者均疑及肿瘤，但不知位于何处，是何性质，建议随访观察。

疑难病症请教霍大夫 周女士内心十分忐忑不安，听人介绍，某医院霍大夫对疑难病症颇有独到见地，于是匆匆前往请教。周女士详尽地介绍了她丈夫的病情后，霍大夫异常简短地作了分析："概括起来，您丈夫有以下几点异常迹象：一是果酱样大便，且持续存在；二是大便隐血试验阳性；三是贫血；四是多种检查未见异常。关键是果酱样大便。""大便的颜色反映了消化道乃至全身的情况。红色血便大多为直结肠出血，柏油样大便多系胃及十二指肠出血，而果酱样大便则揭示小肠出血。对于中老年人来讲，可以引起小肠出血的疾病中，首先要考虑肿瘤。""可是，CT、X线检查，甚至在全市最著名的医院内作了小肠内镜检查都未发现异常。"周女士困惑地回答。"小肠肿瘤有时很难被查出来，当务之急是必须立即剖腹探查，不能拖延！"霍大夫果断地说。"剖腹探查？这岂不是大海捞针？""不，重点检查小肠，尤其是小肠的末端。您回去与家人商量一下，明日即来我处检查，手术时间尽早安排。"

手术切除小肠平滑肌肉瘤是成功的 次日，周女士携同丈夫前往诊治，霍大夫做了详细检查，亲自看了大便，看了有关片子和报告。决定请患者立即住院，入院3日后即手术探查。

术前的等待是难受的，手术时的等待更是一种煎熬。好不容易挨到手术结束，得到的结果正如霍大夫所预料的那样，在回肠末端的肠壁上查到了一个1厘米×2厘米大小的肿瘤，肿瘤表面糜烂、出血，果酱样大便即来源于此。手术切除肿瘤所做的病理检查，报告为小肠平滑肌肉瘤，这是一种恶性程度很高的肿



瘤，所幸发现尚属及时，淋巴结未见转移。

当患者康复出院时，霍大夫对一些年轻医生进行了实例讲解："小肠全长约 6 米，上接胃幽门部，下连结肠，约占整个胃肠道长度的 75%，小肠似乎是身体中最少发生癌瘤的器官之一，人们往往很少想到小肠肿瘤。同时，由于早期小肠肿瘤多缺乏典型症状，医院常用的检测方法，即使是先进的纤维肠镜、B 超、CT、MRI 等也很难发现病灶，因而延误治疗者绝不罕见。"

小肠肿瘤还是有些蛛丝马迹可寻的　约 90%以上的患者有不同程度的腹痛症状，腹痛性质不够典型，可多为钝痛、隐痛或胀痛。大便异常极易被疏忽，然而却是重要的线索。一般来说，小肠部位病变引致的大便色泽改变多表现为果酱样大便。如长期或反复出现果酱样大便，必须考虑到小肠病变，尤其是小肠肿瘤。

出现早期信号，应及时做纤维肠镜检查　当发现不能解释的果酱样大便、腹痛和消瘦症状时，应该及时做纤维肠镜检查。如果检查未见异常，不可拖延时日，应及时剖腹探查，这也许是目前确诊小肠肿瘤的最可靠手段。剖腹探查不仅可查明病变部位，切取组织及时做病理检查，探查周围器官情况，同时如果需要的话，可以立即手术切除。

众人听后，深为赞叹，对小肠肿瘤有了进一步的认识。

15. [illegible]

小肠肠壁的某些细胞增殖能力极强；小肠从饮食摄入的有害物质接触机会甚多；小肠的吸收面积很大，占全消化道的 90%。据此推测，小肠理应是癌瘤的好发部位，但事实却不然，小肠似乎是身体脏器中最少患癌的器官之一。整个美国年仅有 2 000例左右。小肠恶性肿瘤虽然发病率甚低，但危害性却不容



低估。

发病率不高，生存率较低　小肠恶性肿瘤包括腺癌、类癌、恶性淋巴瘤、平滑肌肉瘤等多种类型。国外资料表明以腺癌为主，并认为是世界上大部分地区最普遍的类型。但据我国不完全的资料统计，似乎以小肠恶性淋巴瘤为多，其次为小肠腺癌。

小肠恶性肿瘤发病率甚低　据有关资料报道约占胃肠道恶性肿瘤的3%。小肠恶性肿瘤所占百分率虽较低，但恶性淋巴瘤在小肠恶性肿瘤中的百分率却较胃肠道其他部位高。小肠恶性肿瘤为何比较罕见呢？目前有几种解释：①细菌群比结肠少得多，尤其是能促使胆酸转变为致癌物的厌氧菌几乎不存在。②肠内容物：小肠的液质内容较结肠多得多，摄入的致癌物在小肠内可被稀释至相对无害的水平。③食物通过小肠的时间比结肠快，减少了致癌物与小肠黏膜的接触时间。④小肠解除致癌物毒性的能力强。苯并芘是已知的强致癌物，在多种食物中均少量存在。苯并芘羟基酶使苯并芘转变为较少代谢活性的代谢物，减少了致癌物毒性，因而这种酶具有抗癌作用。据统计，小肠内含有这种酶，因此，小肠可说天生具有解除致癌物毒性的能力。⑤小肠具有较强的免疫活性。小肠能产生大量的免疫球蛋白A，而此种免疫成分对肿瘤病毒有防护作用。同时，小肠淋巴结内的T淋巴细胞活性也较高。

小肠腺癌是一种具有高度致死性的疾病　其5年生存率为5%～25%，转移率很高，最常见的转移部位为区域淋巴结和肝脏。十二指肠腺癌较空肠和回肠腺癌更为凶险，不能切除的十二指肠癌患者中，中位生存期仅5个月，而空肠和回肠腺癌为9个月。小肠类癌发展较慢，与小肠腺癌相比病死率明显较低。在治愈性外科手术后，如排除无关的死亡原因，5年生存率为90%。小肠类癌明显好发于回肠。复发可能出现于数年之后，据统计，初次手术后复发时间平均为8～10年。有局部转移的



患者,5年生存率为57%。有肝转移者为31%,约43%局部转移和10%肝转移患者在诊断后生存10年。由此可见,小肠类癌的预后较小肠腺癌要好得多。小肠恶性淋巴瘤病死率较高,淋巴结有无转移与预后有明显的关系。小肠平滑肌肉瘤一般生长较慢,较晚发生转移,患者常可带瘤生长。

小肠恶性肿瘤的发病率很低,和胃、大肠癌相比甚至可说十分罕见,但由于部位隐匿,诊断困难,早期治疗机会不多,因而除了小肠类癌外,其他小肠恶性肿瘤的生存率都比较低。

抓住蛛丝马迹 小肠原发性恶性淋巴瘤可在任何年龄发病,而以中年较多,平均年龄40岁左右。腹痛、消瘦、乏力、食欲减退、腹内肿块以及消化道其他症状是小肠恶性淋巴瘤患者的主要临床表现。其中尤以腹痛为最常见,90.3%的患者有不同程度腹痛,多数为阵发性绞痛,也有钝痛、胀痛或隐痛。消化道出血大多表现为间断柏油样大便,偶尔也可为血便,但很少引起急性大量出血。

小肠腺癌的发病年龄在50～60岁最多 30岁以前男女都没有患小肠腺癌的危险性,30岁以后逐步增加,到50岁后急剧上升。

小肠类癌也多见于中年以上患者 临床表现为反复发作的肠梗阻以及腹痛、腹泻、消瘦等,至于肠道出血、穿孔等均较少见。类癌可分泌某些血管活性物质,如5-羟色胺、组胺等,从而引起面颈部,甚至躯干部皮肤潮红、毛细血管扩张、腹部绞痛、腹泻、无力、心悸、气短、哮喘、手足麻木感等类癌综合症状。

小肠平滑肌肉瘤也常见于中年以上患者 平时可无症状,有的则有血便、果酱样大便、腹痛、腹块等表现。

小肠恶性肿瘤大多以腹痛、厌食、便血、消瘦、腹块等一般消化道症状为最初表现,不易受到重视,加以小肠有很长的长度,弯曲盘绕,位于胃与结肠之间,一般检查不易查及较小病灶,因



此早期诊断实属不易。多数消化道专家认为，如果患者存在不明原因的腹痛，尤其是痉挛性腹痛，便血，不论是鲜血、柏油样大便或果酱样大便，同时伴有厌食，消瘦情况的，应该及早进行系统检查。纤维小肠镜也许是不可缺少的诊断手段，一旦疑及小肠恶性肿瘤，最好及时剖腹探查，以明确诊断，千万不要抱侥幸心理，一味拖延。

16. 如何发现早期肝癌

早期肝癌是指无症状、体征或症状、体征轻微，肿瘤直径小于5厘米（中国标准），或小于3厘米（日本标准）的小肝癌。在此阶段的肝癌，局部切除治疗效果特别好，存活5年以上者高达60%左右，10年以上者也达30%左右。而肝癌一旦发现明显的症状，一般病程仅4～6个月。由此可见，及时发现早期肝癌，是决定预后的关键因素。如何发现早期肝癌呢？以下几点被认为是十分重要的。

普查高危人群　早期肝癌的发现，主要是通过高危人群普查。高危人群是指那些原来有肝病而容易患肝癌的人群，可包括以下几类人员：①35岁以上男性。②有5年以上慢性肝病史，主要为乙型、丙型肝炎。③乙型肝炎表面抗原（HBeAg）、e抗原（HBsAg）阳性，或丙肝标志阳性。④长期嗜酒者，约每日饮酒折合酒精80克以上，饮酒史在5年以上。⑤有肝癌家族史者。⑥肝癌经手术切除或综合治疗者。

对高危人群普查，比在一般人群中普查检出的肝癌率要高20倍左右，所以更有价值，而花费人力、物力则较少。现认为对高危人群的普查，是发现早期肝癌的基础，也是治愈或改善肝癌预后的关键。

甲胎蛋白测定是最好的定性指标　进行大规模人群普查，



必须要用一种方法简便、价格低廉、灵敏度高和准确可靠的检测方法。甲胎蛋白(AFP)的血凝法检测大致可以符合这一要求，可以在高危人群或高发区(大于50/10万为高发区，大于20/10万为中发区)人群中进行。该法检测只需用血0.4毫升，故可采末梢血检查，价格也较低廉。血中只要含有很少量的AFP(40微克/升)即可被查出来，故灵敏度也较高。缺点是这个方法本身可出现约30%的假阳性，这是美中不足之处。补救的方法为，对阳性者可做放射免疫法检查，如放免法测定结果为正常范围，则证明血凝法检测为假阳性。为慎重起见，可于1个月后再用放免法复查一次，如仍正常，可以认为确系假阳性。放免法如超出正常值(<20微克/升)，则应视为可疑肝癌对象，此时需排除急、慢性肝病，生殖细胞源性肿瘤及妊娠等情况。如不能证实为以上疾病，则应按AFP含量的高低分别对待。

AFP为21～200微克/升时，应每月复查一次，直至证实为肝癌或排除其他疾病为止，同时复查B超和肝功能试验。AFP在201～400微克/升之间，应每半月复查一次。如2个月后仍不能明确诊断，且AFP无明显下降者，应作CT检查或肝动脉造影，必要时做剖腹探查。AFP大于400微克/升，随防检查每半月一次，如一个月仍不能证实为其他疾病，而AFP无明显下降者，则应考虑为肝癌。应指出的是，极少数肝硬化患者AFP也可大于400微克/升，并持续较久，还需仔细鉴别。

一般说来，AFP是肝癌的一项特异性指标，但是少数其他疾病也可呈阳性，AFP持续上升至800微克/升者多为肝癌；下降或维持在25～200微克/之间者，大多见于非癌肝病。要强调指出的是AFP阳性时不要认为就是患了肝癌，特别在低浓度时，应该多次随访，观察其动态变化。

B超检查是较好的定位指标 应该指出的是，肝癌患者AFP检测的阳性率约为70%，即还有近1/3的患者难以检出





AFP，有人将此称为AFP阴性肝癌。B超检查能够发现肝内直径1厘米以上的肿瘤，故在一定范围内已有可能采用B超及AFP检测共同作为肝癌的诊断手段。两者相互补充，相互印证，已经证实能解决AFP阴性病例的肝癌早期发现问题。B超检查从本质上讲，主要是察看肝内有无占位病变，说得通俗些便是有无肿块，但并不能定性。当检查肿块后，进行动态观察，若肿块呈持续性增大，那么肝癌的可能性极大。所以从这一点分析，B超检查实际上也有定性的意义。当然，CT和磁共振检查就更能观察到肝内肿块了，必要时也要检查。

17. 哪些人应重点预防肝癌

原发性肝癌青睐哪些人　好发于乙型肝炎和丙型肝炎患者、病毒携带者、长期嗜酒者。因此，35岁以上男性，有5年以上慢性肝炎史，乙肝表面抗原(HBsAg)和e抗原(HbeAg)持续阳性，丙肝免疫指标阳性、长期嗜酒者(每日饮酒折合酒精80克以上，时间在5年以上)，或有肝癌家族史，均应列为肝癌易患人群，作为重点检测对象，定期检测甲胎蛋白及B超，有助于肝癌的早期发现与早期诊断。据研究，对上述易患人群检测，肝癌检出率要比一般人群高70倍左右。

乙肝病毒的致癌性已被公认　它是通过什么样的途径使乙肝转变成肝癌的呢？有关研究表明有以下4个途径：①肝炎病毒的基因融合于肝细胞的基因中，医学上称之为"基因整合"，使肝细胞发生变异。②肝脏炎症不断刺激，使肝细胞变异，不断地再生，导致"再生过度"。③正常的肝细胞不断地新陈代谢，衰老的细胞死亡被新的细胞代替，这称为"细胞凋亡"。如果该凋亡的细胞由于肝脏炎症的刺激而不凋亡便可形成肿瘤。④正常人体的免疫功能会不断清除体内出现的异常细胞(包括肿瘤细



胞),如果免疫调节功能异常不能清除异常细胞就可发生肿瘤。丙肝肝炎的情况相似于乙型肝炎。

18. 肝癌一些易被忽视的症状

低血糖　少数肝癌患者出现低血糖症状,多在清晨发作,随着病情的发展而发作频繁。肝癌低血糖的发生机制目前尚未完全清楚,以往认为可能与以下几点有关:癌肿生长快,过多地摄取及消耗葡萄糖;肿瘤较大,肝组织中的肝糖原贮存量减少,肝功能损害,不能将非糖物质转为肝糖原。近来研究表明,胰外肿瘤可产生一种尚未被证实的物质,它在结构上与胰岛素有很多相似之处,浓度高时可产生与胰岛素完全一致的活性,从而导致低血糖的发生。必须注意,少数肝癌患者的首发症状是低血糖反复昏迷抽搐,凡不明原因清晨昏迷或头晕出冷汗或抽搐者必须想到肝癌的可能性。

顽固腹泻　腹泻作为肝癌的一种症状,很少受到注意,但这却是相当常见的。国外有一篇研究资料证实,肝癌患者在确诊前大都有不明原因的腹泻症状。该项研究表明约有一半的肝癌患者在诊断肝癌以前 3 个月发生过腹泻,可见腹泻是肝癌的一种不容忽视的症状。

肝癌患者发生的腹泻并无特异性,大便检查也无异常发现,其严重程度因患者而异,有的次数相对较多,持续时间较长,有的一日仅 2～3 次,持续数天,呈间歇性发作。大便多为稀便和水泻,没有明显的腹痛或里急后重。一般的抗生素等抗菌药物没有什么帮助,止泻药物也无多大的效果。

肝癌患者出现腹泻的原因还不十分清楚,可能与肿瘤致使肝功能损害有关,统计资料表明,有腹泻症状的肝癌患者,他们的肝功能比无腹泻的肝癌患者要差。但是慢性肝炎患者和肝硬



化患者的肝功能也有重度损害，而这些患者发生腹泻要比肝癌患者少得多，这意味着存在着其他一些因素。近时的研究认为，也许是肝癌细胞分泌的某些物质，促使肠蠕动增加、肠分泌液增多的结果。

中年男性，特别是以往有慢性肝炎史的人，如果出现不能解释的腹泻，应该高度警惕，及时去医院检查。目前认为B超检查和甲胎蛋白测定对于肝癌来说是最有价值的诊断手段。切勿就事论事，只想到肠炎、肠功能紊乱，以免延误诊断。

以发热为主要表现的肝癌 有些肝癌患者可表现为长期发热，多被误诊为其他多种发热性疾病。肝癌患者长期发热的原因，可能是癌肿本身合成或释放内源性致热原，也可因癌肿对周围肝组织浸润，肝内一种称为枯否细胞的细胞释放内热原所致。此种发热用抗生素和退热药是无效的，但是用消炎镇痛药，如消炎痛、扶他林、优妥、莫比可等部可明显奏效。癌症患者的发热现象是十分常见的，并被称为癌热，肝癌患者同样也不例外，只是以首发症状出现的肝癌较为少见而已。

咳嗽、胸痛 当老年人发生生长迅速的胸腔积液（胸水）时，容易想到癌性胸膜炎的可能；胸腔积液如发生于青年人，生长速度又不快，容易误诊为结核性胸膜炎。一些肝癌患者首先出现的症状可以是咳嗽和胸痛，而且为数并不少见。这是因为肝脏就在胸腔积液的下面，肝脏的病变很容易波及到胸膜和肺脏。此外，肝癌的转移首先便是肺，因而出现咳嗽、胸痛、胸腔积液是较为多见的。当出现顽固难愈，且逐渐加重的咳嗽、胸痛、胸闷时，不要只想到肺部病变，而要进一步检查肝脏。

文献报道原发性肝癌的特殊临床表现除上述几种以外，还有顽固的腰背痛、肩周痛、锁骨上淋巴结肿大、头皮肿块、高血钙等。凡此种种均要引起深层次的思考，如果按常规处理无效时，必须想到肝癌的可能。早期发现的肝癌大多有手术切除的可



能，因而预后较为良好。怎样早期发现呢？主要是不要放过任何一种迹象，如慢性腹泻，不能解释的低血糖，顽固的胸痛、咳嗽等。

19. 误诊率极高的胆道系统肿瘤

某老年女性，因右上腹胀痛，进食后加重而前往医院诊治。B超检查显示胆囊有大量结石，胆囊壁粗糙、增厚，遂诊断为胆囊炎、胆石症。经消炎利胆药物治疗后，症状未见好转，反而出现了黄疸，肝功能轻度损害，医生又诊断为肝炎。用保肝药物治疗1个月后，黄疸越发严重，碱性磷酸酶迅速上升，B超复查显示胆囊明显增大，胆囊壁轮廓不整齐并呈不规则增厚，此时方始疑及胆囊恶性肿瘤，剖腹探查结果证实为胆囊癌。

胆道系统恶性肿瘤　早期诊断比较困难，因而一般人们对它比较生疏，即使有经验的医师也易忽略。其实胆道恶性肿瘤并非罕见。胆道恶性肿瘤通常可分为胆囊癌和胆管癌两大类，胆管的毛细胆管癌多归入肝癌范畴。

发病率占消化道恶性肿瘤第5位　由于以往统计时常将胆囊癌与胆管癌合在一起，因而资料中的数据是指整个胆道系统恶性肿瘤。据统计，此类肿瘤在尸检中的发现率为0.089%～0.42%，我国对恶性肿瘤患者尸检，发现胆道系统恶性肿瘤占2.5%。近时统计已将胆囊癌与胆管癌分开。国内收集原发胆囊癌1 150例，占胆囊切除术的2%～14.4%，占消化道肿瘤的1.5%，男女比例平均为1∶2.8，年龄在50岁以上者占82.2%。现认为，在我国原发性胆囊癌和胆管癌的发病率占胃肠道常见恶性肿瘤的第五位，对这种肿瘤的危害性决不可低估。

黄疸是主要症状　胆囊癌临床表现与慢性胆囊炎相似，如右上腹疼痛、不适、食欲不振、恶心、腹胀、乏力或有低热、轻度黄



疸等。急性发作的类型又与急性胆囊炎、胆石症相似，如右上腹阵发性疼痛，甚至绞痛，恶寒发热，恶心呕吐，并出现黄疸、右上腹压痛。病程较长则有消瘦、乏力、肝肿大、腹水、明显黄疸或恶病质。

胆管癌与胆囊癌相反，男性发病多于女性。它的临床表现以阻塞性黄疸最为突出，所有病例在病程中均有黄疸出现。黄疸可分持续上升，也可暂时减轻，后者易被误诊为胆道炎症。上腹部疼痛的症状也很常见，可为最早出现的症状，初起常为隐痛，易被忽视，也可呈胆绞痛样发作。据最近国内文献报道，临床上最多出现的症状是黄疸，占98.8%，并呈持续性、进行性加深。上腹痛占80.0%，一般呈钝痛，个别的可有数次发作性疼痛，腹痛后可自行缓解。食欲减退占51.8%，消瘦占40.0%，皮肤瘙痒占30.6%，灰白色大便占41.2%。实验室检查转氨酶升高者不少，约占89.4%，碱性磷酸酶及γ-GT升高者分别为81.5%和81.8%，粪便隐血阳性者占23.5%，血沉（红细胞沉降率）增块者20.4%，贫血者40.8%。

从上述资料可看出，不论是胆囊癌或是胆管癌，黄疸都是最重要的症状，几乎每一病例均可出现，而且与黄疸相关等化验，如黄疸指数、胆红质、碱性磷酸酶也有异常。

误诊率超过50% 原发性胆囊癌的误诊率甚高，以往手术前几乎无法明确诊断，即使是影像诊断技术（B超、胆道系统造影、CT等）先进的今天，仍然有一半以上的患者要在手术时经病理检查才能明确诊断。造成误诊的原因有以下几个方面：①临床症状和体征不典型，尤易与胆石症、胆囊炎混淆。②缺乏实验室的特异性诊断指标。虽然碱性磷酸酶、黄疸指数、胆红质等大都升高，但这是由于胆管阻塞、胆汁淤积的继发性现象，有这些异常的疾患很多，不具特异性，不像甲胎蛋白对诊断肝癌那样具有重要意义。③B超诊断胆囊癌的符合率为48.6%～

78.6%，对胆囊癌周围浸润及转移情况也有所帮助，但仍有不少病例无法得到确诊。④患者对有病的胆囊必须及早手术的认识不足，一拖再拖，贻误时机。

肝外胆管癌也多无特异症状　早期诊断更为困难，初期仅有食欲欠佳、轻度腹胀、上腹闷痛等症状，常被忽略或按胃痛、消化不良对症处理。胆管癌一般生长较缓慢并具有代偿适应能力，故一旦发生黄疸已不是早期症状。当出现轻度黄疸时，一些患者又被误诊为病毒性肝炎，随着黄疸的加深或并发胆道感染时再被误诊为胆石症。国内文献指出胆管癌的早期误诊率高达 66.7%。

影像学检查　虽然影像学检查不能对胆囊癌、胆管癌作出确定性诊断，但目前仍不失为最有效的诊断手段。据介绍，B 超检查可根据胆囊是否增大，肝内外胆管有无扩张判断胆管有无梗阻，其准确率可达 72%左右。对发现有胆管梗阻或胆管壁呈不规则增厚，胆管腔内有肿物突出而呈不均匀回声增强病例，应高度怀疑为胆管癌。

要避免误诊，提高早期诊断率，还需善于鉴别某些与胆管癌临床表现相似的疾病，如胆石症、胆道感染、病毒性肝炎等。一般胆石症疼痛呈绞痛，而胆管癌大多呈钝痛或胀痛；胆石症伴发热的居多，胆管癌仅少数患者有发热；胆石症出现症状 1～2 日就有黄疸，随着症状好转黄疸消退，而胆管癌要在前期症状出现后较长时间才发生黄疸，一旦出现黄疸则持续加深。与肝炎的鉴别也很重要，胆管癌可有转氨酶升高、黄疸、肝大，易误诊为肝炎，但肝炎症状一般较胆管癌轻，同时影像检查肝内外胆管均不扩张。

20. 胆结石与癌

胆石症为常见病、多发病，约占胆管手术病例的 1/4。胆结石多发生于胆囊，也可形成于胆管。胆结石可分为胆固醇性、胆




色素性和混合性结石3种。

胆结石与胆囊癌　胆囊结石的慢性机械性刺激和胆汁中的胆固醇、胆酸盐在感染等因素作用下可产生致癌物质——甲基胆蒽。在长期的化学和物理因素刺激下，胆囊黏膜上皮组织发生一系列渐进性的病变：炎症—腺上皮增生—不典型增生—原位癌，最终变为浸润性癌。胆囊癌并发胆石症的概率为70%～80%，胆石症患者有1.5%～6%并发胆囊癌。胆结石患者患胆囊癌的相对危险性是无胆结石者的6～15倍，胆结石的病期越长，胆囊癌的发生率越高。结石直径大于3厘米者患癌风险高达10倍以上。结石位于胆囊颈部者恶变率达21%。

胆石症患者如果出现与原来疼痛程度不同、持续时间不同、部位弥散及对药物治疗反应不良的上腹部疼痛，多预示可能发生胆囊癌。临床诊断为胆结石并发急、慢性胆囊炎的患者，检查肝功能时发现血清谷丙转氨酶（ALT）、血清γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）明显增高，经对症治疗无明显下降，尤其并发血清胆汁酸（BA）显著升高时，应高度怀疑胆囊癌。目前癌基因（P_{53}、P_{16}和bcl-2）的检测对进一步了解胆结石是否癌变也有帮助。

胆石症与大肠癌　目前国内外大多数学者认为胆结石与大肠癌有关，尤其是增加女性右侧结肠癌发生的危险性。大肠癌患者胆结石的并发率为20%。60岁以上大肠癌患者并发胆石症者高达24.04%。

胆石症与大肠癌有关可能是由于胆汁酸代谢异常的结果。胆囊内充满结石时将直接影响到胆囊的正常生理功能，导致胆汁因无处贮存和浓缩而流入肠道，在肠道内厌氧菌的作用下会产生大量脱氧胆酸等化学物质。脱氧胆酸在一种称为酮胆酸的作用下可转变成为致癌物质——甲基胆蒽。

胆石症患者的饮食习惯多为高脂肪、高胆固醇、低纤维饮食，此种情况下会增加肠道内有害物质的浓度及延长其作用时



间。此外,胆石症也常伴发慢性胆囊炎,炎症刺激使肠道内菌群失调,对肠道有害的细菌增加。一方面使肠道内脱氧胆酸生成增加,另一方面破坏了正常的肠黏膜,这样经过长期的作用致使大肠发生癌变。

人们对胆石症可诱发胆囊癌是有所认识的,而胆石症与大肠癌也存在相关性这一点,可能知者不多。为了预防这两种癌症的发生,胆石症最好还是及时手术治疗,以免后患。

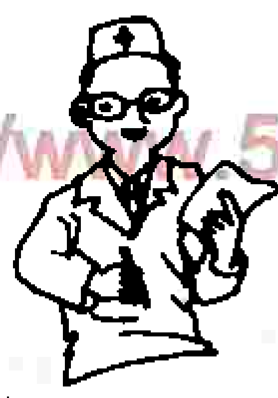
21. 发现胆囊息肉怎么办

胆囊壁向胆囊内呈突起状的改变称为胆囊息肉,胆囊息肉包括有肿瘤性息肉与非肿瘤性息肉,前者即为良性的腺瘤性息肉,后者则有炎性息肉、胆固醇结晶样息肉、胆囊腺肌增生。胆囊息肉中非肿瘤性息肉占大部分,其中胆固醇结晶样息肉占70%以上,一般直径小于10毫米,外形很像桑椹。炎症性息肉占10%,是5～20毫米大小的肉芽肿或纤维组织。胆囊腺瘤是真正的息肉,大小一般5～10毫米,占胆囊息肉的4%。

无创伤检查和诊断手段——B超检查　目前,B超检查仍是无创伤检查和诊断胆囊息肉的最佳手段,诊断正确率很高,很容易与胆结石鉴别,但B超检查无法确诊息肉是肿瘤性或非肿瘤性,仅可提供大致参考意见。

单纯胆囊息肉一般很少引起剧烈疼痛,许多患者并无症状,仅在B超检查中偶然发现,有些患者可以出现消化不良、吃油腻食物不适、右上腹隐痛等症状。但若同时并发有胆石症,则可引起较剧烈的疼痛,部位在右上腹。

人们非常关心这样一个问题,即胆囊息肉会不会癌变。目前的研究资料表明,较小的息肉,尤其是非肿瘤性息肉很少会癌变,即便是肿瘤样息肉,只有直径大于10毫米时才被认为有发




展或成癌的倾向。相对而言,伴有胆石症者易癌变,单发息肉较多发息肉易癌变。

胆囊息肉是否需要手术　这是另一个令人关注的问题。手术取决于病变的大小及有无症状。一般认为,病变大于10毫米,符合腺瘤特点者需手术;病变在5～10毫米,并伴有胆结石者宜手术;病变大于5毫米的单发息肉,有症状者宜手术;病变5～10毫米,在B超随访中有快速增大者宜手术;胆囊息肉伴急性胆囊炎发作者宜手术;胆囊息肉伴慢性萎缩性胆囊炎且胆囊无功能者宜手术。

暂缓手术者宜经常随访　如果不需要手术或暂缓手术的胆囊息肉患者,并非就此高枕无忧了,而是应该经常随访,B超检查是十分必要的。病变小于5毫米的多发性息肉可半年复查一次B超;病变5～10毫米者,3个月复查一次B超。实践证明,病变小于5毫米,随访7～8年无变化者,多为良性增生性病变。对于无症状的胆囊息肉不需药物治疗,任何药物都不能使息肉消失。有症状者或伴有胆囊炎、胆石症者可予对症治疗,限制脂肪饮食,同时给予消炎利胆药物治疗。

胆囊息肉中以炎性息肉,胆固醇结晶样息肉、胆囊腺肌增生等非肿瘤息肉为多,故大多数均是良性的,病家对胆囊息肉不必有过多的担心。但是对于息肉直径较大者,如大于10毫米者,尤其是单发的,应该手术切除,以免癌变。

22. [illegible]

胆囊癌似乎在一般人的印象中比较陌生,然而实际上胆囊癌的发病率并不低,近年来呈上升趋势,而且其恶性程度甚高。据调查,80%以上的胆囊癌患者生存不足1年,5年生存率低于10%。该癌肿好发于中年女性,50岁以上发病较年轻者高出10



倍左右，男女发病率之比为1∶3。

胆囊癌的发病机制　目前尚不清楚，据推测可能与胆石症引起慢性感染而形成长期不良刺激有关，因为4/5以上的胆囊癌病例均伴有胆结石，且结石越大相关性就越为密切。此外，胆囊息肉、慢性炎症也是致病因素。胆囊癌不管是腺癌、鳞癌、还是未分化癌，其恶性程度都很高，而且生长快、浸润广、转移早，肝、胃、十二指肠、胰腺、腹腔等是主要侵犯对象。

胆囊癌缺乏特异性的症状和体征　胆囊癌极易被误认为慢性胆囊炎、胆石症等。怎样才能尽可能早地发现胆囊癌呢？专家们提出以下4种情况必须高度警惕：①已经诊断为胆囊炎或胆囊结石的患者，年龄在40岁以上，尤其是女性，近期症状与以前有所不同，右上腹胆囊区疼痛变为持续性或进行性加强，并有比较明显的消化障碍者。②40岁以上无症状的胆囊结石患者，近期出现右上腹持续性钝痛或隐痛，并有消化障碍症状者。③慢性胆囊炎病史短，而全身情况却较为严重者，如疼痛虽不明显而食欲明显减退，发热不明显而伴有阻塞性黄疸，近期右上腹胆囊还可扪及肿块等。④老年人突然发生的“急性胆囊炎”，不论伴有或不伴有胆囊结石。

B超检查对早期诊断既简便、经济又无痛苦　符合上述情况之一者必须立即请医生进一步检查，目前认为B超检查是早期诊断胆囊癌最简便、经济而无痛苦的可靠方法，其术前确诊率为71.4%～92%，并可以判断胆囊癌的侵犯范围。如果B超检查不能明确诊断，而临床表现又有可疑之处时，应该及时施行剖腹探查手术，这也是早期发现胆囊癌的重要措施之一。

日本学者提出对早期胆囊癌的诊断程序是：首先对于有上腹部不适感的人均应进行B超检查，如发现有10毫米以上肿块时首先考虑恶性肿，可作为剖腹手术的绝对指征；8～10毫米者可能为恶性病变，应采取积极的措施；5～7毫米以下者如伴



有胆石症或胆囊壁肥厚也为手术的适应证。自然，用腹腔镜检查也是合适的。

原发于胆囊的癌症虽然仅占全身恶性肿瘤的 0.3%～0.5%，占胃肠道恶性肿瘤的第 5 位，发病率相对较低，但恰恰由于这一点极易被人们疏漏忽视，对此不可掉以轻心，尤其是患胆石症的中老年妇女。

23. 哪些人易患胰腺癌

近些年来，胰腺癌的发病率有显著增加，欧美国家上升了 3 倍，胰腺癌在日本已位于癌症死亡排行的第 5 位，在中国大陆，胰腺癌发病率较 20 年前增长了 6 倍。专家们估计，胰腺癌每年的增加幅度在 15%左右。胰腺癌症状不典型，早期易被忽略，故预后较差。各国专家通过对大量资料的调查分析，发现有下列情况者要特别警惕胰腺癌。

糖尿病患者　据调查，糖尿病患者发生胰腺癌的机会比普通人群高 100 倍，而胰腺癌患者中也有相当一部分人伴有糖尿病。有人主张对 40 岁以上的糖尿患者作为普查对象。

高脂肪、高蛋白质饮食者　这类饮食可促进胰腺组织慢性增生，伴有较快的细胞更新，从而导致对致癌物质敏感性的增加。

大量吸烟者　据美国、日本等二十多个发达国家所作的大规模调查表明，长期吸烟者胰腺癌发生危险性比不吸烟者高 2 倍，且与吸烟量成正比关系，同时吸烟者患胰腺癌平均年龄比不吸烟者早 10～15 岁。

嗜酒者　胰腺癌患者中平日喜饮高度白酒的多见，约 70%的胰腺癌患者有中等量或大量的饮酒史，平均饮酒史在 10 年以上。



中老年男性　多数患者在40～50岁以后发病，男性比女性多见。

特殊职业者　包括有色金属加工企业的员工，煤气厂的工人，与化学、化工有关的职业者，以及从事生产咖啡类饮料的工人。

胰腺炎患者　慢性胰腺炎可激发胰腺组织增生，从而增加胰腺癌发生的危险性。此外，胰腺癌早期可由于肿瘤导致胰管狭窄，诱发胰腺炎。

胰腺癌首发症状缺乏特异性，极易和胃肠、肝胆等疾病相混淆。上腹痛和上腹部饱胀不适是最常见的首发症状，疼痛可向肩背部或腰部放射。胰头癌则常以黄疸为首发症状。

为早期发现、诊断和治疗胰腺癌，对于40岁以上的人，特别是长期吸烟、饮酒、糖尿病患者、胰腺炎患者，均应定期检查。40岁以上男性，如有原因不明的上腹部不适、隐痛、腰背痛、乏力、胃纳差、消瘦者更应引起重视。胰腺癌早期可有血、尿淀粉酶升高，空腹血糖升高，糖耐量试验阳性，B超检查可早期显示胆管、胰管扩张及胆囊肿大，并可发现直径小于2厘米的小胰腺癌。因此，凡疑及该病者应该接受这些检查。此外，CT、逆行胰胆管造影对胰腺癌的诊断也有重要价值。

24. 棘手的癌肿：胰腺癌

胰腺癌是一种十分棘手的恶性肿瘤　胰腺癌早期很难发现，为什么不易发现呢？主要是由于胰腺深藏在腹腔后部，在胰腺癌的早期很难用手触及。人们对胰腺癌的某些症状又常常麻痹大意，如胰头部的癌肿很早时便会出现黄疸，可不少人只想到肝炎、胆道疾患，又如胰体、胰尾部的癌肿很早就出现腹痛，可是常被当作“胃病”。




胰腺长长的一条，可以分为头部、体部和尾部，胰腺与胆总管、胃、十二指肠、肝门、横结肠靠得很近。胰腺癌是最常见的恶性肿瘤之一，近年来，其发病率不断上升。在内脏器官中，胰腺具有双重功能：胰腺分泌的消化液在蛋白质、脂肪和糖的消化过程中起着重要作用；胰岛分泌的胰岛素又有直接调节血糖的作用。胰腺如发生癌肿，对人体健康的危害显然十分严重。胰腺癌不容易被早期发现，当获得确诊时，十之八九已向周围脏器扩散，或是通过淋巴、血液向远处转移。

胰腺癌早期有迹象 胰腺癌的诊断虽然相对比较困难，预后差，但早期并非没有迹象可寻。胰腺癌早期的主要症状是：①黄疸：发生在胰体、胰尾部的癌肿在早期不出现黄疸，而发生在胰头部的癌肿，由于压迫了它的邻近胆总管及其开口处，于是很早就出现黄疸。黄疸的特点为阻塞性，一天天很快加深；尿液呈浓茶色，粪便呈陶土色，皮肤瘙痒。检查肝功能，血清胆红素明显升高，而转氨酶却往往只有轻度升高。所以，如果出现黄疸而转氨酶不很高的（一般低于 400 单位），应该高度怀疑是阻塞性黄疸，必须立即检查胰腺情况。②腹痛：癌肿发生在胰头部，早期不一定有腹痛，如果癌肿发生在胰体、胰尾部，很早就可以发生腹痛。腹痛的症状颇有些特殊：一是定位不太清楚，说不准究竟痛在何处，性质是钝痛或隐痛；二是平卧时疼痛加重，在弯腰、坐、立或走动时疼痛反而减轻；三是腹痛与进食无关。所以，早期胰腺癌的腹痛症状与胃病是有区别的。③消瘦：大多数胰腺癌患者很快出现消瘦。除了癌肿的消耗外，还有以下原因：进食少；胰腺分泌不足影响了食物的消化吸收；胰岛素分泌不足而发生了继发性糖尿病。

B超检查很实用 在初筛性诊断手段中，以对人体没有损伤的 B 超检查较为实用。B 超检查的优点是迅速、价廉，但是腹内有气体时显像不清楚。CT 及 MRI 检查不受腹内气体的影



响，可以更精确地显示胰腺的形状。

对于40岁以上有烟酒史、慢性胰腺炎的人，有不明原因中上腹不适、胀痛、食欲减退、体重减轻，或突发糖尿病者必须作为高危对象随访检查。

25. 突发性糖尿病的背后

某中年男性，身体素健，但近几个月来明显消瘦。常规体检发现尿糖阳性，血糖高于正常值，于是被诊断为糖尿病。经药物治疗和饮食控制后，尿糖转为阴性，血糖水平也有所下降，但体重仍在下降。有的说，糖尿病患者体重下降很常见，不足为奇；有的说可能饮食控制得太厉害。该患者因无其他明显的自觉症状，故并不在意。岂料，半年后忽觉上腹疼痛，程度加剧，被疑为胃炎、胃溃疡。用胃药治疗后，疼痛未减轻，反而加重，而且很快出现巩膜发黄，医者又疑及胆囊炎。B超探查确见胆囊肿大，但并无结石，局部也无触痛。后因疼痛加剧，黄疸日渐严重，考虑可能存在腹部恶性肿瘤，经CT检查，发现胰头部有阴影。剖腹探查证实为胰头癌，但因已弥漫扩散，无法手术切除。虽经化疗、免疫治疗，终因不能控制病情而死亡。

以糖尿病为初发症状的胰腺癌　由于早期迷惑于糖尿病的表象，未作进一步检查，对进行性消瘦也未予足够的重视，终于错过了及时治疗的机会。类似这样的病例并不少见。文献报道，胰腺癌在各种有关症状之前，甚至几个月之前就会出现糖尿病症状。但是，这种糖尿病有其特殊表现，即体重下降，而且在糖尿病症状获得控制后仍继续下降。有资料指出，40岁以上既不肥胖又无糖尿病家族史的人，如果突然发生糖尿病，应该高度警惕胰腺癌。

早期症状貌似胆石症　有些胰腺癌患者，在早期出现貌似



胆囊炎、胆石症症状，同样有畏寒、发热、上腹部疼痛等表现，右上腹可触及肿大的胆囊。不过也有特异的地方，即肿大的胆囊经抗炎治疗全然无效，肿大了就不会缩小，而且触之不痛。这种症状与体征分离的现象，医学上曾称为库为瓦济埃征，是诊断胰腺癌的证据之一。

早期症状貌似肝炎　另有一些胰腺癌患者，开始时的症状就好像肝炎一样，出现恶心、呕吐、食欲减退、黄疸及转氨酶升高等临床表现。但针对肝炎治疗后，症状不会缓解，黄疸不仅不退，反而加重。

早期症状貌似胃炎等　此外，貌似胃炎、胃溃疡者也不少见。胃痛和胰腺癌痛虽容易混淆，但也存在不同。典型的胰性疼痛是食后与夜间仰卧时加重，向左腰背部放射，前倾坐位或俯卧位时减轻。有些患者排柏油样便，更误认为是胃溃疡出血，实际上是胰腺癌病变侵及十二指肠、胃的结果。

如果突然发生了糖尿病，或出现类似肝炎、胆囊炎、胃病的症状，千万要去查一查胰腺。

26. [illegible]

脐旁黄豆大结节是胰腺癌转移灶　某退休男性因无意中发现腹壁脐旁多了几个硬结，便去皮肤科就诊。医生检查时发现肚脐眼周围的皮下组织中却有黄豆般大小3个结节。结节比较坚实，不痛不痒。皮肤科医生认为这不是一般的皮肤病，转诊内科检查，发现也查不出什么病来。后请外科医生切取一个结节作病理检查，病理诊断报告令人十分吃惊。原来这个结节是腺癌，是从其他组织的原发腺癌转移到皮下形成的。经过多种检查，发现不明原发病灶在何处。1个月后，胸片发现右肺下方和左肺上方各出现一个小于1分硬币的阴影，显然这是新的转移



瘤，提示肿瘤发展很快，必须尽快找到原发病灶，但患者及家属却不同意剖腹探查。由于无法积极治疗，不到半年，患者最后衰竭死亡。在尸体解剖中发现腹膜表面有散在的米粒到黄豆大的数十颗灰白色结节。肝脏内有多个黄豆到栗子大的灰白色结节，检查胆管，发现胆管是通畅的。检查胰腺，发现胰腺头部没有肿块。小心取下整条胰腺，做 0.5 厘米宽间隔的多个横切面，终于在胰尾部发现了一个约 1.5 厘米直径不甚整齐的灰白色肿块。肿块的切片检查证明这是 1 例胰腺癌。皮下转移的脐旁硬结，其结构和胰腺癌一模一样，说明系胰腺癌转移所致。肺、肝和腹膜上的结节同样也是转移的癌灶。

胰腺癌好发于中老年男性　其中约 80%的患者癌肿发生在胰腺头部，即胰头癌，早期即可因黄疸而被注意(因胰头癌易压迫胆管)。胰体和胰尾部的癌都较隐蔽，转移早，切除率低，因而术后生存率较低，其中 20%的患者在明确诊断时已淋巴结转移，肿瘤常侵及周围的胃、十二指肠、小肠、结肠、脾、肾等脏器。胰体和膜尾癌通过血液循环还可转移至肝、肺等器官组织，上述病例的脐旁硬结属于皮肤转移。开始时患者除可能有上腹不适、上腹部和腰背部隐痛等症状外，外观如常人，以后才逐渐出现消瘦、食欲不振、腹部肿块等症状。由于临床表现和化验指标都缺乏特异性，所以容易被疏忽。超声检查一般能查出直径 2 厘米以上的肿瘤，CT 检查可能查出直径 1 厘米以上者。对胰腺癌来说，明确诊断，手术切除是一良策，因为这种肿瘤对放疗、化疗都不敏感，手术后放疗可望延长患者生存期，但也不绝对是这样。最近有报道称胰腺癌被确诊前半年，76%的患者会出现精神抑郁状态，但抑郁的患者不全与肿瘤有关。所以对主诉上腹不适、腹部胀痛、食欲减退、体重减轻的 40 岁以上的成年人建议检查一下胰腺。CT 扫描是早期发现胰腺癌的重要检查方法。

三、内分泌激素的靶器官——乳房

1. 乳腺癌可以早期发现

目前推行的乳房自我检查方法，可以明显提高乳腺癌的早期发现率。推行自我检查法，并不是要人们自已诊断乳腺癌，而是希望能及时发现患病可疑，去医院进一步检查诊断。

乳房自我检查　一般在月经后1周进行，每月至少检查1次。取坐位，一臂自然下垂或置于膝上，另一手检查对侧乳房。卧位检查也可，可在肩背部垫一枕头，使胸部隆起，这样更能发现异常状况。在充分显露前胸和乳房后，首先观察两侧乳房是否对称，大小是否相似，两侧乳头是否在同一水平上，乳头是否有回缩凹陷，乳头、乳晕有无糜烂，乳房皮肤色泽有无改变，有无水肿和橘皮样改变等。以上观察结束后，顺时针方向按触乳房，需要注意的是用指腹压而不是指尖扪摸。若发现肿块，应注意肿块的大小、质地，边界是否光滑，活动度如何。用手轻轻抬起整个乳房，增加乳腺皮肤的张力，在病灶上方可以看到轻微的皮肤皱缩和牵拉引起的微小凹陷。最后查一下腋下及锁骨上有无肿块，同样用指腹来回按扪。

诊断乳腺癌的方法　除了乳房自查外，还有许多早期诊断乳腺癌的方法。乳房X线摄片：诊断的准确性高，对未能触及的或较小的乳房肿瘤十分敏感，阳性符合率达90%左右，是目前最常用的有效检查方法，但所需费用较高，用于普查尚有困难。乳房超声检查：阳性符合率和灵敏度较X线摄片低，但随



着仪器的改进和经验的积累，诊断的准确性不断提高，可作为辅助的诊断手段。乳房热图像：乳腺癌生长活跃，血供丰富，同周围正常组织形成“温差”。热图像就利用这一温差来早期诊断乳腺癌，还可预测乳腺癌的预后，有人建议可作为普查的手段，乳房透光检查：操作方便、简单，无损伤性，对于乳房单纯性囊肿的诊断效果较优。乳房细针穿刺细胞学检查：操作简便，诊断迅速正确，是肿瘤定性诊断的方法，诊断符合常达 97%。

早期发现乳腺癌　总之，对乳腺癌来说，早期发现是完全做得到的，早期发现的关键不在于各种先进的检查方法，而在于自己（当然包括家人，特别是配偶）持之以恒的自我检查。只有自己才最有可能第一时间发现乳房异常，在此基础上采取合适的各种检查措施（如 X 线摄片、热图像、B 超等）方是最为有效的。自我检查的要点是一看：看乳房是否对称，乳头有无异常，皮肤有无改变（如湿疹、橘皮样变等）。二摸：用指腹扪按乳房各部、腋下、锁骨上等部位，主要是看看有无肿块。

2. [illegible]

在所有的癌症中乳腺癌是较容易在早期被发现的癌肿之一。乳腺癌可经触摸而查知，所以最好的预防方法就是每月定期自我检查。据统计，大多数乳房肿块都是由妇女自己所发现。因此，妇女应学习如何自我检查乳房，以便早期发现，早期治疗乳腺癌。

妇女定期检查乳房分 3 个阶段　妇女定期检查乳房的时间，依年龄分为 3 个阶段：①年龄小于 40 岁，应每月定期自我检查（月经后），每 3 年做一次临床乳房检查（由医生检查）。②年龄在 40～49 岁之间，应每月定期乳房自我检查（月经后），每年做一次临床检查（由医生检查）。40 岁时应做第一次乳房 X 线



摄片，以后每年做一次乳房X线摄片。③年龄在50岁以上，应每月定期乳房自我检查(固定日期)，每年做一次临床乳房检查(由医生检查)，每年做一次乳房X线摄片。

以上建议只适用于没有任何乳腺癌征兆的妇女，如果已发现乳房肿块或其他异常改变，应立即请专科医生检查。

乳房自我检查方法 ①站在镜前观察乳部：两手放松垂下放在身边；两手撑腰收紧胸部肌肉；两手高举过头；两手放松垂下，上身向前微倾。上述4种姿势，留意察看双乳的外形及形状，皮肤及乳头的颜色，肌肉组织有没有改变，乳头有没有分泌物流出。②平卧或侧卧按摸：乳房较小的妇女可用平卧姿势，乳房较大妇女可用侧卧姿势。③用手指端按摸：按摸乳房，用示指、中指及无名指3只手指端，在乳部组织上作画圆圈的动作，做小圆圈的动作时指端贴紧皮肤，不要提高。④用不同程度的压力来按摸：按摸乳房部的每一部位时，要用不同程度的压力，先用轻微的压力作小圆圈的动作按摸，再用中等压力，然后加强压力，直到手指触摸到肋骨。⑤分区域顺次按摸：按摸部位包括所有胸部组织，由腋下开始，延伸到乳房下的肋骨，横至前胸骨，向上经过锁骨，然后横过前者，回到腋下。以乳头为中心，分为外上、外下、内下、内上4个象限，依次按摸。这样的操作可减少遗漏。⑥检查乳头及腋下：挤压乳头，留意有没有分泌液流出，按摸腋下，感觉有没有肿块、硬结存在。

良性和恶性乳房肿块的判定 70%的乳房肿块是良性的，至于什么样的肿块可能是良性的，什么样的肿块可能是恶性的，自然应该由专科医生来诊断，但自己也可以有初步的判断。①纤维囊肿：这是最常见的良性乳房肿块，多见于30岁左右的妇女，常在乳房两侧，乳房会有闷痛或胀痛感。月经来前症状最历害，且肿块会变大。纤维囊肿感觉起来好似一个充满气体的气球，会移动，触压时感到疼痛，轮廓清楚。②纤维腺瘤：20岁



左右女性的乳部肿块多为纤维腺瘤，纤维腺瘤是良性肿瘤，能移动，质较硬，边缘整齐，不痛。③管内乳头状瘤：40 岁左右的妇女乳部硬块多为管内乳头状瘤，常为单侧性，乳头有黄色或淡红色水样液体渗出。管内乳头状瘤不会产生疼痛的感觉。④乳管膨胀（粉刺性乳房炎）：多发生于 40 岁左右的妇女，乳头挤出颜色多变且较浓稠的液体。硬块多在乳房两侧发生，患者有灼热，痒或乳晕隐隐作痛的感觉。⑤乳腺癌：年龄在 40 岁以上的妇女，若发现单侧乳房有不会移动、不痛且轮廓不规则的肿块，很可能是恶性性质的乳房肿块，也就是乳腺癌，必须立即找专科医生检查。随着癌细胞扩散，会出现血性分泌物、乳房皮肤如橘皮样等症状。

只要是女性就有得乳腺癌的危险，早期的乳腺癌几乎是百分之百可以治疗和治愈的。妇女应认识并熟悉自己的乳房，随时注意任何改变，学习乳房自我检查的方法，同时定期接受乳房临床检查与乳房 X 线摄片，三者合一，才能够早期发现，早期治疗。正确的、持之以恒的乳房自我检查目前尚未得到人们普遍关注，但这一点都是最为紧要的。

3. 乳腺癌的危险因素

年龄　年龄是乳腺癌的重要危险因素。在美国尽管约 1/9 的妇女会发生乳腺癌，但分析其年龄分布，发现其中一半以上发生在 65 岁以后。而亚洲地区的妇女发生乳腺癌的高峰年龄大多在 40～50 岁，在绝经后 5～10 年也有一个小高峰。

家族史　在现有的乳腺癌危险因素中，家族史是非常重要的。目前的研究认为，5%～10%的乳腺癌是由某种遗传基因突变引起的，妇女存在以下情况应高度怀疑具有乳腺癌的遗传体质：父系或母系中有多个亲属患乳腺癌，同时有乳腺癌和卵巢癌



家族史，有双侧和或早期乳腺癌(发病年龄早)的家族史。

乳腺良性疾病　乳腺良性疾病是乳腺癌的一个重要危险因素。乳腺癌的危险性与乳腺良性疾病的组织类型有关，目前普遍采用“非增生性”与“增生性”病变来区分不同的危险性。非增生性病变如腺瘤、纤维变性、微小或巨大囊性病、导管扩张、乳腺炎、纤维腺瘤、轻度增生等，并不增加乳腺癌的发病率，而增生性病变，如含中度或红色增生、乳头状瘤伴纤维血管核心等，发生乳腺癌的相对危险性增加1.5～2.0倍，以伴有小叶或导管上皮不典型增生者尤甚，其相对危险性为4.0～5.0倍。此外，有报道显示，在诊断为不典型增生后的10年里若不发生乳腺癌，其相对危险性就会下降。可见即使是高危的组织学类型，其危险性也会随时间的延长而减少。传统的观点认为乳腺小叶原位癌是浸润性癌的早期组织形态学表现，最近有证据显示，它应属乳腺癌的一个高危因素，是一种癌前病变。妇女在诊断为小叶原位癌后乳腺癌的发生率大约为每年增加1%。

我国目前确定的一些高危因素　①有乳腺癌家族史。②既往有乳腺良性肿瘤史。③未育。④第1胎足月妊娠年龄大于30岁。⑤月经初潮年龄小于12岁或停经在55岁之后。⑥进食过量的动物脂肪，绝经后体重超重。⑦长期口服或注射雌激素。

乳腺癌的严重高危妇女是指有明显乳腺癌家族遗传史倾向，一级亲属绝经前患乳腺癌以及有乳腺癌相关基因阳性的妇女；另外，既往有乳腺癌、乳腺导管内癌、小叶原位癌或不典型增生者也列入此类。显然，严重高危要比一般的高危患乳腺癌的可能性更进一步，对于这些患者应采取更为严密的监测措施，如每月1次乳房自我检查，每半年1次临床体检和乳腺X线检查等。

了解乳腺癌的高危人群特点，有利于重点监察，早期发现乳



腺癌变。

4. 乳房皮肤湿疹

有一种特殊类型的皮肤恶性肿瘤称湿疹样癌，也称佩吉特病，它可发生于乳房部位（女性多见），也可发生于乳房以外的部位，如阴囊、阴茎、肛周、腹股沟、腋窝、耻骨等处。

乳头皮肤湿疹（佩吉特病）的特征　分布常为单侧，伴有局部淋巴结肿大。典型的皮肤损害是大小不一、边界清楚的浸润红斑，表面可有糜烂。患者常有瘙痒的感觉，但有些患者可以无任何自觉症状。由于佩吉特病的临床表现类似于湿疹，故极易误诊为慢性湿疹。中老年人在乳房出现湿疹样皮损时，特别是边界清楚、有浸润现象、经久不愈和单侧分布者，应高度警惕本病的可能，及早做活检，以明确诊断。

佩吉特病的治疗　首选局部扩大切除，有真皮浸润者应同时清扫局部淋巴结。本病术后局部复发率较高，主要原因是病变部位实际上远远超过临床所见的边界。为了降低复发率，应做仔细检查，手术切除必须有一定的广度和深度，术后应定期随访。

乳房佩吉特病是一种比较特殊的乳腺癌，它以乳头、乳晕的湿疹样改变为最显著特征，很多时候可以没有肿块出现，极易造成误诊。

5. 乳头内陷和溢液

距离乳头、乳晕较近的肿瘤，即使小到还不能触及时，就可以有乳头、乳晕的异常表现，其中最常见的就是乳头的内陷和移位。这是因为肿瘤侵及输乳导管时，会像侵犯乳房悬韧带一样造成导管短缩和僵硬。导管最终通向乳头，乳头受短缩导管的牵



拉，一方面会向深处凹陷，另一方面也会被拉向深部肿瘤所在方向。在导管受累初期，导管短缩还不很明显而其弹性已明显下降时，虽然在正常体位时很难发现乳头内陷和移位，但只要将乳头向外牵拉，比较两侧牵拉幅度的差异，就很容易发现异常。

乳腺是内分泌激素作用的器官（即靶器官） 乳腺的活动受到内分泌器官（脑垂体、卵巢、甲状腺等）的影响。在这些激素的影响下，乳腺有正常的生理活动，也就是说，哺乳是一种正常的生理性的“乳头溢液”。实际上，育龄妇女在月经周期过程中，乳腺的导管、间质都有一定的生理活动，妇女在月经前期感到胸部不适、乳房胀痛，如果挤压乳房，有些人还会有少量白色液流出，月经过后这些症状就会消失，下一个月经周期又会重复出现，这就是乳腺在内分泌腺影响下的正常生理活动。

由此可见，乳头溢液有3种常见的情况：①乳腺的正常生理活动，即所谓生理性乳头溢液。②由于内分泌腺体病变，如脑垂体肿瘤引起的异常乳头溢液。③乳腺本身疾病引起的乳头溢液。平常所指的乳头溢液就是这一类乳腺本身疾病所引起的乳头溢液。其特点是单侧乳腺一个或几个导管自发性的溢液，可以持续性，但较常见的是间断性溢液；溢液可以是血性、浆液性、浆液血性、脓性或水样、乳汁样。内分泌异常引起的乳头溢液常为双侧多导管溢液，且多为乳汁样。

引起乳头溢液的乳房疾病 ①乳腺导管扩张：多见于已婚妇女，特别是经产妇。表现为乳腺导管增粗，导管上皮增厚，管腔内有脂肪样物质积聚，有时还伴有炎症。乳头的溢液常为淡黄色，较少见血性。如果积聚在导管内的物质进入乳腺间质中可引起浆细胞性乳腺炎。②急性乳腺炎症：妇女在哺乳期由于乳汁淤积，细菌从乳头进入导管引起感染，即为急性乳腺炎，乳腺局部可出现热痛，患者常有发热及腋下淋巴结肿大，有些患者可以有乳汁样或脓性乳头溢液。③乳腺导管内乳头状肿瘤是生



长在乳腺大导管内的良性肿瘤，常可引起乳头浆液性、血性或棕色乳头溢液，如果仔细检查乳晕区，常可扪及米粒大小肿块，略加按压即可见相应的导管内有分泌物从乳头溢出，可以因此而确定受累之病变导管的方位，便于手术定位切除。④乳腺癌引起的乳头溢液以血性为常见，也有一种乳腺癌生长在乳腺导管中，其乳头溢出物如粉刺状，称为粉刺样癌。中老年妇女出现乳头血性溢液，应提高警惕，如果同时伴有乳头肿块，乳腺癌的可能性很大。一般说乳腺癌的乳头溢液具有下述特点：以45～49岁、60～64岁两年龄段最为多见；发展缓慢，常无意中发现；多为血性溢液，鲜红或暗红色；常伴有孤立无痛、坚硬、不光滑、界限不清楚的肿块；常有相应的皮肤、乳头、乳晕改变，此些改变一般较晚出现，肿块与周围组织粘连。

乳头溢液的检查方法很多　如怀疑与内分泌有关，则应作内分泌激素的测定及相关的内分泌检查；如疑为乳腺本身疾病引起的，还可作细胞学检查等。

乳头溢液的治疗　如果是因为内分泌疾患或炎症引起，常可用药物治疗。单纯性导管扩张可随访观察，适当用些药物治疗，必要时再考虑手术治疗。乳腺导管内乳头状瘤常可做病变导管及肿瘤局部切除治疗。如为乳腺癌则应行根治性手术。如果患者年龄较大，溢液为血性或浆液血性，如不能肯定诊断，则以手术为宜，同时应做病理检查，以明确诊断，这样方不致遗漏乳腺癌。

6. 乳腺增生病会癌变吗

乳腺增生病是女性最常见的乳腺疾病　居全部乳腺疾病发病率的第一位。有关资料表明，上海市育龄妇女乳腺增生病的检出率有上升趋势。目前认为，乳腺增生病是由于乳腺组织随



月经周期的变化，生理性增生与复旧不完全造成的乳腺组织结构变化，是乳腺导管、小叶在结构上的进行性退行性变化。该病与体内的内分泌紊乱、神经、免疫网络的改变有关。乳腺增生病妇女发生乳腺癌的危险性比正常妇女高，其中经病理切片证实为上皮高度不典型增生者有较高的癌变可能，如有乳腺癌家族史者危险进一步增高。

乳腺增生瘤癌变率较小　国内外的研究表明，70%左右的乳腺增生病的患者不伴有乳腺导管上皮的增生，这部分患者不会发生癌变；20%左右的乳腺增生病的患者伴有乳腺导管上皮的增生，但病理检查未发现上皮不典型增生，这类患者的癌变率为 1%～2%；另有 5%左右的乳腺增生病的患者伴有乳腺导管上皮的增生，病理检查发现上皮轻至中度不典型增生，这类患者的癌变率为 3%～5%。上述患者占了乳腺增生病患者的 95%，但其癌变率只有万分之六左右。但如果乳腺增生病患者经病理活检发现伴有乳腺导管上皮重度不典型增生，经随访观察，30%～60%的患者在 10～15 年内可以发生癌变。因此，大致估计，有 2%～3%的乳腺增生病患者可能发生癌变。对于大多数的乳腺增生病的患者而言，不必过分担心癌变，如果过于紧张、忧虑，出现失眠、烦躁等不良情况，反而会进一步加重已经出现的神经、内分泌紊乱，使乳腺增生病的疼痛、肿胀等症状加重，有可能会促发癌变的发生。

乳腺增生病又称乳痛症、乳腺小叶增生　该病由于反复发生的疼痛、乳胀症状，会影响妇女的正常工作和生活。同时有癌变的危险性（尽管只有 2%～3%可能性），特别是一些伴有乳腺癌高危因素的妇女，应在坚持自我检查乳房的同时，定期到医院检查和随访。

乳腺癌高危因素　包括以下几种情况：有乳腺癌家族史；患过单侧乳腺癌；高龄未婚；35 岁以后生育；独身妇女；终身未育



等。如果在X线钼靶摄片、B超、红外热像仪等检查证实为良性增生，但经中医药治疗3个月，肿胀未见明显改善者，必要时应进行病理活检，以排除恶性的可能。中药治疗乳腺增生有较好的效果，一般运用疏肝理气、活血化瘀、健脾化痰、散结消肿的治则。

乳腺增生病的治疗　通过积极的中医药治疗、定期检查和自我调理，是可以治愈的，其癌变也可能得到预防。

7. 一侧乳房得了癌症后

一般认为一个人一生中，一侧乳房生了癌肿者，另一侧乳房似乎就不大可能再患癌了，而事实并非如此，一侧乳腺癌是另一侧乳房是否患癌的重要危险因素。国外资料报道，双侧原发性乳腺癌在乳腺癌中的比例高达10%，国内也有1%～2%的比例。双侧乳腺癌可以同时出现，也可相隔一段时间先后发生。两侧乳腺癌发病间隔在1年之内称同时发生，超过1年的称异时发生。异时发生的发病间隔有时会很长，可达20年以上。

双侧原发性乳癌的概念　1921年由国外一位学者首先提出，它特指分别发生于两侧乳房实质(包括腺组织和导管)的原发癌，肿瘤学上视为两个互相独立的恶性肿瘤，不包括一侧乳腺癌转移至对侧乳房的转移癌。

单侧乳腺癌有2个发病年龄高峰　即45～54岁和60～64岁。双侧乳腺癌的发病年龄则有年轻化倾向，以25～54岁患者占大多数，45岁以下发病率最高。其临床特征除了成对发生外，体征与单侧乳腺癌完全相似，同样好发于乳房外上方及乳晕区，同样主要通过淋巴管道或血行播散。但是，双侧乳腺癌的局部复发率较高，是单侧乳腺癌的2倍，治疗不及时则预后较差。早期双侧乳腺癌患者，其疗效与单侧乳腺癌相近，5年生存率可



达90%以上，因此早期发现、早期诊断、早期治疗对双侧乳腺癌患者来说更为重要。

一般认为，单侧乳腺癌患者得另一侧乳腺癌的危险性较高，是正常妇女人群中的5～8倍，即使病程的早期，患对侧乳腺癌的危险性也不会降低。因此，乳腺癌患者即使在获得及时合适的治疗后也不可掉以轻心，应该经常自我体检，并定期到医院检测另一侧乳房。

以下高危因素的单侧乳腺癌患者尤其要警惕 这包括：①年轻妇女。②有乳腺癌家族史，特别是第一级家庭成员患有乳腺癌的。③伴有癌前病变如纤维囊性乳腺病、乳腺增生病伴重度不典型增生的。④乳房手术检查或X线检查有可疑征象者。国外文献报道这些人群活检发现对侧乳腺癌的阳性率为21%。

自我保健措施 由此可见，已患单侧乳腺癌者，绝不可麻痹大意，而要十分留意另一侧乳房的情况，经常用手自我按摸，具体操作步骤与通常的乳房自我检查一样，至少每月要详尽自我检查一下，如发现有单发的孤立性肿块时，必须立即去医院详尽检查。人们必须树立这样的观念：双侧乳腺癌并非罕见，已患单侧乳腺癌的人患对侧乳腺癌的危险性更高，越早发现，越早治疗，预后越好。千万不能错误地认为，一侧乳房已经患了乳腺癌，另一侧乳房似乎不会再发生厄运了。

8. 扪不到肿块就不是乳腺癌吗?

大多数人认为，乳腺癌就是乳房中长了个恶性肿块，其实不完全是这样。在乳腺癌的早期，肿块小于0.5厘米时，体检不易发现，而且有部分患者检查时根本摸不到肿块，腋窝也无肿大的淋巴结，也没有远处转移的证据，仅有乳房的某些异常，如乳头溢液、皮肤改变、乳头改变等，这就是所谓扪不到肿块的乳腺癌。



还有一部分患者,乳房扪不到肿块,而腋窝出现肿大的淋巴结,医学上将此称为隐性乳腺癌。

这些乳腺癌有哪些表现呢 一是乳头溢液,即指非生理性的溢液,包括血性与浆液性溢液(可支替出现),且多为单个导管开口溢液,血性溢液尤为不可忽视的症状。乳腺癌伴有乳头溢液的比例最高可达47%,特别是50岁以上的患者,伴有溢液者达50%以上。资料表明,扪不到肿块的乳腺癌中,乳头溢液者占60%。二是乳头变化,包括乳头湿疹样变或糜烂、近期乳头内陷。前者是乳头湿疹样癌的典型表现(乳头佩吉特病)。乳头表现似慢性炎症,渗液、结痂交替反复出现,整个乳头可被腐蚀或内陷,往往以乳头炎症治疗而误诊,三是乳腺体局限性增厚。这是较常见的表现,但往往不被重视,或在体检时忽视其质地不均、有结节样改变的特征,因而容易被误诊为乳腺的腺体增生。这种表现常为腺体局限性增厚,边界不清,范围难以确切测量,无具体肿块及其他恶性征象。

如何自我检查 为了尽早作出诊断,首先是患者要学会自我检查,注意乳房的各种变化,如乳头糜烂、湿疹样改变、乳头溢液和内陷、乳房皮肤似橘皮样变化等。一旦发现这些变化,即要去医院,特别是医院中的专科门诊诊治,切勿乱投医或用单方、偏方盲目治疗,必须明白,任何治疗均应在诊断明确之后施行。有乳腺癌易患因素者(如未育、有乳腺癌家族史、既往有乳房良性肿瘤史、月经初潮年龄小于12岁、停经在55岁之后、绝经后体重超重、口服雌激素等),更应注意这些变化。

诊断必须采用联合的检测方法 目前,乳房疾病的诊断方法较多,如远红外线、液晶热图、透照、B超、X线等检查,但任何单项检查都有局限性,因此,宜采用多种方法联合检查,取长补短,直至排除癌肿为止。乳房钼靶X线检查在早期乳腺癌的诊断中有重要价值,可显示小肿瘤或微小、泥沙状钙化,符合率可达



80%～90%。对乳头溢液，特别是血性溢液，可做涂片细胞学检查。恶性者可查见癌细胞，符合率达44%，对十分可疑者应连续几次检查，也可做溢液导管造影，以至切取活检，以明确诊断。对乳头糜烂，若仔细检查，可在乳晕下扪到肿块或小结节，脱落细胞检查的阳性率较高，可达70%。若还不能确诊，可行部分乳头连同其下部腺体切除活检，多可明确诊断。腺体局限性增厚，在行经期间因雌激素的影响，多为生理性的。并可随经期而变化；在绝经后，主要是病理性的，对于无痛性者，如经治疗无效，特别是40岁以上的妇女，应进一步检查，并结合X线检查，必要时行增厚腺体切取活检，以排除癌肿的存在。

有2种特殊的乳腺癌须予以说明　一种是少见的乳腺癌，称为炎性乳腺癌。这种乳腺癌往往无具体明确的肿块，但整个乳房肿胀，皮肤水肿增厚、发红，很像乳房急性炎症，但是没有局限性压痛点，全身无急性炎症的表现，如发热、疼痛、白细胞升高等。另一种就是隐性乳腺癌，乳房扪不到具体肿块，最先出现液窝淋巴结肿大，经活检确定为乳腺癌转移。因此，不要认为无乳房肿块就排除癌肿的存在。这2种乳腺癌均扪不到肿块，但并非早期癌，且预后不良。

扪不到肿块的乳腺癌，除上述2种特殊乳腺癌外，均属早期，预后比较良好，5年生存率在90%以上。必须树立这样的观念：扪不到乳房肿块不能排除乳腺癌。

9. 为何要重视乳腺照相

乳腺照相是乳腺癌诊断的常用方法　分为干板照相及低剂量X线照相。干板照相又称静电摄影，其优点是对微小钙化点的分辨率较高，检查时能紧贴胸壁，包括乳房后间隙，这正是X线照相易遗漏的部位。但干板照相每次接受的X线剂量较大。



钼靶X线照相又称软X线照相，适用于软组织及乳腺照相，其接受的X线剂量所致的放射致癌危险性已接近自然发病率。由于现在乳腺钼靶照相得到了广泛的应用，因而有越来越多的隐匿性病灶被发现。所谓隐匿性病灶，在钼靶片上显示为：①肿块阴影很小，只有几毫米大小。②只看到成簇针尖样钙化点。③致密影边界不清或者乳腺结构变形、不对称。这些病灶在钼靶片上能看到，而手检是摸不到的。有人报道，在无症状妇女中进行钼靶摄片普查时，有3%存在隐匿性病灶。这些隐匿性病灶，在手术中往往难以找到，像大海里捞针一样，即使找到了所谓的"病灶"还是不放心，切下标本，需再做钼靶摄片，确认是否真正切除了。传统的方法很复杂，操作不便，况且隐匿性病灶70%～85%是良性病变，手术的活检创伤和外形破坏给患者带来较大痛苦。

新型的活检装置 现在有一种新型的数字化乳腺钼靶立体定位穿刺活检装置，不需要摄片，在电视屏幕上可动态显影，电脑数字化立体定位，自动控制，精确度在0.5毫米之内，仅需一次穿刺，带有负压自动活检枪就可以连续取出样品，样品量多，标本质量好，没有破碎，对诊断导管上皮不典型增生(癌前期病变)和细小钙化有很高敏感性，特别适用于在钼靶中显示小肿块阴影，而体检时触及不到的肿块，小的良性纤维瘤甚至可完整活检取出，避免了手术。

乳腺癌的X线表现 乳腺疾病在X线片上表现，一般可分为肿块或结节病变、钙化影及皮肤增厚、导管影改变等。常可有直接征象或间接征象。直接征象有：①肿块或结节阴影。85%的乳腺癌的X线表现为边界不规则的肿块或结节阴影，肿块的密度较高，典型者周围呈毛刺状，肿块伴毛刺者常提示为恶性。病灶边缘光滑的乳腺癌较少见，大约不到5%。②钙化在乳腺癌的X线诊断中有主要意义。有30%～50%的乳腺癌在X线



片中可见有钙化点。普查时应用X线检查，由于发现小群微细钙化点而最后诊断为乳腺癌者约50%。一般认为有10个以上钙化点相互群集时，大多为恶性病变。恶性的可能与钙化点的集中程度呈正比，尤其在1厘米范围内集中时恶性可能性很大。良性病变也有钙化点，但常较为粗糙，大多为圆形，数量少，分布对称或散在分布。

间接征象常有导管影增生，常为一根或数根导管影响乳头伸展，非对称性导管增粗是乳腺癌的一个重要X线征象。此外，皮肤增厚，乳腺内有非对称性密度增加影及静脉影增粗增多也为间接征象。

年轻妇女的乳腺组织容易受放射线的损伤，同时其乳腺组织较致密，一般不易作出诊断及鉴别，因而对35岁以下的妇女常不主张作乳腺照相检查。

乳腺照相的临床应用　常用于鉴别乳腺良、恶性病变，用于普查以发现临床上未能触及的肿块。临床应用于：①乳腺癌的术前检查：有时可发现一些隐性或多发性的病灶，术前常规检查也可能发现同时存在的双侧乳腺癌，即对侧的隐性病灶。②乳腺病变的鉴别诊断。③临床有乳头排液、溃疡、酒窝征，或乳头回缩、皮肤增厚时的辅助诊断。④对高危因素患者的随访及普查时的应用：如一侧乳腺癌治疗后随访对侧乳房，有母系乳腺癌家族史，月经初潮早或绝经迟，第一胎足月生产在35岁以上者，有良性乳腺疾病史，乳腺增大或缩小而临床不易检查者，以及腋下、锁骨上或其他部位有转移性腺癌者，乳腺照相可作为寻找原发灶的方法之一。

10. 乳癌的其他影像检查

超声显像检查　无损伤性，可以反复应用。对乳腺组织较



致密者应用超声显像检查较有价值，但主要用途是鉴别肿块是囊性还是实质性。超声显像对乳腺癌诊断的准确率为 80%～85%，对肿块直径在 1 厘米以下者诊断准确率不高。超声显像对诊断肿块大小常较准确，因而可以用来比较非手术治疗方法（如化疗、放疗、内分泌治疗等）的疗效。

热图像检查　常用有液晶及远红外热图像两种方法。热图像是利用肿瘤细胞代谢快，无糖酵解产生的热量较周围组织高，因而在肿瘤部位显示热区。但热图像对较小肿瘤检出率低，假阳性及假阴性较多，经广泛评价后，目前大多已不将热图像作为诊断乳腺癌的主要依据。

远红外线扫描　远红外线的波长为 600～900 微米，易穿透软组织。利用远红外线透过乳房不同密度组织显示出各种不同灰度影，从而显示乳房肿块。红外线对血红蛋白的敏感度强，乳房血管影显示清晰。乳腺癌常有局部血运增加，附近血管变粗，红外线对此有较好的图像显示。

CT 及 MRI 检查　CT 检查可作为乳腺照相的补充，确定转移淋巴结有一定长处。MRI 检查对浸润性导管癌有诊断意义。

11. 乳腺癌认识中的误区

年轻女性易患乳腺癌　媒体报道的有关信息，其对象多半为年轻女性，人们容易误解，以为乳腺癌主要以年轻女性为侵袭对象。调查发现，现在年轻女性对乳腺癌是高度畏惧，而中老年妇女却似乎掉以轻心。

年轻妇女患了乳腺癌，通常较快恶化，但是，罹患乳腺癌的女性有 3/4 是年龄在 50 岁以上的。

这并不是说女人过了 50 岁便一定要面对乳腺癌。统计数据表明妇女得乳腺癌的概率是 1/8，但这概率是以一生作为单



位计算出来的。根据美国国家癌症研究所最新的统计，妇女 50 岁前患乳腺癌的概率是 1/50，到 60 岁概率就增至 1/24。

切除乳房可以一劳永逸 根据美国癌症研究所的研究，乳腺癌患者有 75%～80%其实不必把整个乳房切除，而只需接受乳房肿瘤切除手术，然后接受放射疗法。一些人认为切除整个乳房，甚至预防性切除双乳术是一劳永逸的办法，其实不然，不管乳房切除手术做得多么彻底，总会留下一些在日后仍可能转变为癌性的乳房组织，重要的是施行术后的放疗术是预防复发的措施。

乳腺癌是否由基因决定 母亲患有乳腺癌，是否意味着女儿身上可以存在致癌的基因？现时的认识认为不一定是这样的。人类不管是男是女，天生都有乳腺癌易致癌基因（BRCA）Ⅰ型或Ⅱ型基因，若其中一种基因发生突变，就可能引起乳腺癌。

妇女体内这两种基因任何一种会发生突变的概率只有 1/800。不过，妇女若罹患乳腺癌，而其体内的 BRCAⅠ型或Ⅱ型突变基因是她母亲所传，她女儿体内有这种突变基因概率是 50%。然而就算有其中一个突变基因，也不一定罹患乳腺癌。其原因是，BRCA 基因只是乳腺癌易致基因，不是乳腺癌基因。目前有一种趋势令人担忧：越来越多的妇女因为害怕基因影响而可能较易患上乳腺癌，竟然把健康的双侧乳房切除以防患于未然。这种极端的做法是不明智的，不可取的，因为到目前为止，医学界对乳腺癌基因的认识并不充分。人们完全没有必要因为自己患了乳腺癌而担心自己的女儿，甚至第三代女孩的乳房健康问题；人们也不必因为自己的母亲或者上几代母系成员患有乳腺癌而终日惶恐不安。乳腺癌家族史确实是一个不可忽视的高危因素，但也仅只是具有易致乳腺癌的危险因素，并非是必然的关系。有此高危因素的女性更应关注自己的乳房，定期



仔细地自我检查，发现异常就要及时去专科诊治检查，但绝对不要有思想负担，要知道负性情绪对乳房的健康是十分有害的。

12. 易被疏忽的妊娠期乳腺癌

妊娠期发生的癌症中，乳腺癌的发生率是最多的，其发生率平均 1/3000 左右，45 岁以下乳腺癌的妇女中有 7%左右在妊娠或泌乳期间。

妊娠期乳腺癌的预后较差 原因是妊娠期高水平激素的刺激可加速乳腺癌的生长与播散，同时妊娠、哺乳期间炎性乳腺癌的比例也较高。预后不好的另一个重要原因是由于延误诊断的现象十分普遍。妊娠期乳腺癌在确诊之前乳腺癌的症状往往已经有很长的时间，据报道平均可达 11 个月，而非妊娠患者则为 4 个月。造成诊断延误的原因是多方面的。首先，妊娠期间乳腺会发生增生、肿胀，肿块易被认为是正常生理反应。其次，乳腺的增生和肿胀会影响触摸检查的准确性。第三，妊娠期间增殖的乳腺组织本身在 X 线片就会显示高密度的背景，乳腺癌的很多 X 线表现在这种高密度的背景中难以分辨。第四，不论是患者还是医生都不愿意在妊娠间进行活检等有确诊价值的操作，这也妨碍了乳腺癌的及时诊断。

孕妇自身应有警惕性 对早期发现妊娠期乳腺癌是很重要的，孕期更应经常自我检查。产科检查必须包括乳腺检查，若有异常，必须做必要的多种检测，不可因怀孕而拖延。

[illegible]

脸上的酒窝是一种美，但乳房上如果出现酒窝，那是一种病，很可能是乳腺癌的一种早期信号。



乳房上长酒窝　医学上称之为“酒窝征”。其形成主要是由于乳腺癌在生长过程中，瘤体周围的组织有反应性增生，使得这些部位的皮肤变得外凸起来。同时，当癌细胞浸润到连接腺体和皮肤的纤维韧带（医学上称库伯韧带）时，就会引起该韧带的收缩。由于韧带不会跟随癌瘤增大，致使肿瘤表面的皮肤受到牵拉而出现的凹陷，这样就形成了一个代表的皮肤凹陷，外形酷似面颊上的酒窝，所以叫做“酒窝征”。

橘皮样变很可能是患了乳腺癌　橘皮上长了许许多多密密麻麻的点状凹陷，这是一种自然现象，但是乳房上的皮肤出现这种“橘皮样变”，那就不妙了，很可能是乳腺癌的临床表现。乳腺癌为什么会出现“橘皮样变”呢？这是因为随着乳房内肿瘤的增长，蔓延的癌细胞可将皮内和皮下的毛细淋巴管堵塞，使局部淋巴液回流受阻，真皮发生水肿。但是由于皮肤在毛囊处与皮下组织的连接比较紧密，淋巴液回流发生障碍时，便在毛囊处出现众多毛孔清楚，呈橘皮一样的外形，因此被形象地称之为“橘皮样变”。

铠甲征　随着乳腺癌病情进一步的发展，当腋下淋巴结出现广泛转移时，乳房通向腋窝的淋巴结严重阻塞，淋巴液逆流，致使乳房大片皮肤被浸润水肿，在癌瘤的四周又出现很多新的瘤结，这称为癌肿的“卫星结节”。晚期乳腺癌多个结节集合成片，皮肤变得硬而粗糙，颜色变暗，病变波及大片范围，好像穿着一件战袍铠甲，所以称为“铠甲征”。乳房皮肤出现的“橘皮样变”和一系列发展变化的皮肤症状，对乳腺癌的临床诊断和评估乳腺癌瘤期的发展阶段，都有极其重要的意义。

“酒窝征”的在病变早期可能显示不清楚，这时可采用下述方法：身体直立，两臂高举过头，上半身前倾，乳房让其下垂，或者用手抬高乳房，明显的“酒窝征”凹陷就会更明显地表现出来。至于乳房皮肤的“橘皮样变”，那是乳腺癌发展到晚期癌细胞侵



犯并阻塞皮下淋巴管所致，一般来说比较容易识别。

乳腺癌的自我检查 不要认为是用手摸肿块，看看乳房皮肤上的改变也十分重要，上面讲到的"酒窝征""铠甲征""橘皮征"便是需要重点关注的内容。除此之外，在另一章节中提到的乳头内陷、乳头湿疹、乳头溢液等都是必须观察的项目，绝对不要忽视。

14. 男子也会患乳腺癌

乳腺癌并非是女性的"专利" 据国内学者介绍，在收治的乳腺癌患者中，男性乳腺癌占1%。男性乳腺癌好发于60～70岁老年男性，一般较女性乳腺癌患者的发病年龄大。男性乳腺癌初次就诊时病期往往比女性要晚，这主要是由于男性乳腺癌发病率低，易被忽视。另外，男性乳腺癌较之女性病程发展要快，预后因此较差。

如果男性乳晕下方出现不痛不痒的肿块，肿块质地较硬，引起乳头向内回缩并有液体溢出时，可能是乳腺癌的征兆。但男性乳腺癌只占男性全部癌症发病率的0.2%，男人不会像女人定期检查自己的乳房，所以早期发现率甚低。

淋巴结转移预后差 专家指出，对于男性乳腺癌患者，有无腋下淋巴结转移是一个非常重要的提示预后的指标，即伴有淋巴结转移的男性乳腺癌患者预后差。男性乳房体积小，皮下脂肪少，皮肤、乳头与胸壁紧贴，因而癌肿易累及区域淋巴结，半数以上患者的在早期即可侵犯同侧腋下淋巴结，也容易侵犯胸肌筋膜、胸肌和皮肤。

老年乳腺癌须与乳房肥大相鉴别 后者肿大的乳房质地软，边界清楚，活动度大，乳晕、皮肤、乳头部正常，无乳头回缩、皮肤凹陷、溢液等现象。

四、神经系统

1. 脑瘤的信号

据世界卫生组织一份资料统计，每 10 万人中每年就有 3～5 人发生脑瘤。在现实生活中，多数人对脑瘤知识缺乏了解，从而使许多患者没有得到及时的诊断和治疗。为使人们了解和发现脑瘤，现将其十大信号介绍如下。

头痛　重约 1 400 克柔软的脑与容纳它的骨性颅腔之间，只留极小的空隙，任何占据一定空间的脑瘤，都会使颅内的压力增高，由此可产生剧烈的头痛。头痛的规律是，常在清晨发作，往往在睡眠中被痛醒，但起床轻度活动后，头痛会逐渐缓解和消失。

呕吐　由于颅内压力的增高，致使延髓的呕吐中枢受到刺激，从而出现呕吐症状。呕吐多在头痛之后出现，多呈喷射状，呕吐物常喷溅四散，四处皆是。

视力障碍　正常情况下眼球静脉血由眼睛回流入脑，脑压增高时，会使眼部静脉血回流不畅，而导致淤滞水肿，损伤眼底视网膜上的视觉细胞，致使视力下降。严重时眼底视网膜有点状、线状、片状，甚至火焰状出血，视物变形模糊，甚至失明。

精神异常　位于大脑前部额叶的脑瘤，可破坏额叶的正常神经活动，引起兴奋、躁动、忧郁、压抑、遗忘、虚构等异常表现。

单侧肢体感觉异常　位于大脑半球中部的顶叶专管感觉，该部位脑瘤常会导致单侧肢体痛觉、温觉、震动和形体辨别感觉



减退或消失。

幻嗅和陌生感　颞叶部肿瘤可有幻嗅症状，闻到一种并不存在的，如烧焦饭、烧焦橡胶等的气味，有时也会闻到扑鼻的香味。颞叶部肿瘤还可使患者对他人产生陌生感（实际很熟悉），这种症状多较短暂，一般仅出现十秒至数分钟。

踉跄步态，言语冲动　小脑部定位症状更具特异性，即患者常在头痛、呕吐及视物障碍后，出现偏瘫或踉跄的醉酒步态（醉酒后出现的那种不稳的步态）。同时伴有言语冲动、口不择言、躁动不安情况。有些患者辨距不准，即观察物体的近远距离估测不准确，不是过头便是不足，所以取物常困难感觉。

耳鸣、耳聋　此种现象多在打电话时发觉，即一只耳朵能听到声音，另一只耳朵则听不到，症状逐渐加重，该现象多是听神经瘤的表现。由于听神经瘤破坏了耳蜗内的毛细胞（听觉细胞）所致。

巨人症　该症多见于脑垂体瘤，脑垂体瘤同样可以分泌促生长激素，致使发生巨人症或肢端肥大症，表现为儿童生长迅速，身材快速增高（可达 2.3 米以上），成人则出现大下巴、大鼻子、口唇和舌头肥大、手足和指趾异常粗大等现象。

幼儿生长发育停滞　多见于颅咽管肿瘤，临床表现为 15～16 岁时的身材只有正常儿童 5～6 岁那般高，性征不发育，肚皮上堆满脂肪，看上去大有“少年发福”之架势。

上述诸种症状往往是某一种脑瘤的早期信号，大凡出现不能解释的头痛、呕吐、视力障碍、听力障碍、精神异常、近期记忆障碍、单侧肢体感觉异常、幻嗅、踉跄步态、巨人症、肢端肥大症、侏儒症、多饮多尿症状时，必须考虑脑部肿瘤的可能。有些脑瘤患者以鼻子奇痒为首发症状，这些都应该引起警觉。上述症状还具有脑瘤定位的意义，即某些症状与某些部位的脑瘤有着较为特定的关系。比如近期记忆障碍、精神异常（淡漠、少动、不与



人交往等)应考虑到颅咽管瘤;单侧耳鸣、耳聋应考虑听神经瘤;失明而眼部检查无异常发现,则必须考虑到脑垂体视交叉部位的肿瘤,决不可胡乱认为患者装病;生长发育异常,或巨人或侏儒或肢端肥大均提示垂体腺瘤的可能。目前认为CT脑扫描、磁共振对脑瘤能早期作出确切的诊断。

2. 从曹操之死谈起

三国时代的著名人物曹操,曾患严重的头痛病而屡屡发作,越发越剧,66岁那年终于死于此病。曹操的头痛,从现代医学角度来看,只不过是一种症状,可以引起剧烈头痛的病患很多,那么曹操究竟患的是什么病呢?

曹操可能患脑瘤 曹操因头痛如裂,药石皆无效,有人举荐当时的名医华陀为他诊病,华陀诊治后说:"曹公头脑疼痛,因患风而起。病根在脑袋中,风涎不能出,枉服汤药,不可治疗。某有一法:先饮麻肺汤(也称麻沸汤,《三国演义》中称麻肺汤),然后用利斧砍开脑袋,取出风涎,方可除根。"华佗之说决非危言耸听,也不是挟死报仇,而是极有见地的一段医学精论。他提出了3个观点:第一,病之根由是风涎;第二,治疗的方法必须手术;第三,用麻沸汤麻醉。据史书记载,我国在东汉末年即公元2世纪时,华佗于手术中曾用麻醉药,此麻醉药即麻沸汤。麻沸汤的处方惜已失散,后世中医相传的麻醉药处方中有曼陀罗、乌头、闹羊花等。那么,风涎又是何种病呢?中医经常将有形之病理产物称为"痰诞""痰结"等,变化迅捷的冠之以"风"。风涎可以理解为是某种症状多变的肿物,曹操的头痛用现时的观点分析极可能是头颅内的肿物引起。由于病情反复迁延,不可能为出血、血肿所致,而以脑瘤的可能性为最大。

脑瘤除去剧烈头痛的症状外,尚可出现头目眩晕、幻视、幻



听。曹操在关公死后，每夜合眼便见关云长，这便是一种幻视。为筑宫殿以避妖魔作祟，曹操令人砍锯一棵大梨树，不料手下回报此树竟然无法据开。曹操不信，亲身用剑砍之，血溅满身，显然这也是幻听、幻视的表现。

脑瘤的三大症状 颅内肿瘤常见的症状和体征，因肿瘤的类型、部位、生长速度和患者的全身情况而不同。大致可分为一般症状和局部症状两大类。一般症状主要为颅内压增高引起；而局部症状则为肿瘤直接压迫或刺激脑组织、脑神经的结果。

在一般症状中，头痛、呕吐和视觉障碍被称为颅内压增高“三联征”。脑瘤因本身的占位，压迫脑脊液循环通路，压迫静脉造成淤血等，经常导致颅内压增高。颅内压增高或肿瘤直接压迫、牵拉脑膜、血管、神经，可引起头痛。该症状见于大多数患者，为早期症状，随肿瘤的发展而加重。颅内压增高后刺激延髓呕吐中枢或迷走神经，导致呕吐，每于头痛严重时并发，常呈喷射状。视力障碍，包括视力、视野和眼底的改变，是由于颅内压增高引起视神经乳头水肿，或直接压迫视神经所致。因颅内压增高或肿瘤压迫，当大脑后动脉供血障碍时，会导致枕叶视觉中枢功能下降，出现视力减退、阵发性黑矇，还可能有视野缺损。

变幻莫测的局部症状 脑瘤患者出现的局部病灶症状可谓是扑朔迷离，变幻莫测。有些脑肿瘤患者可发生严重记忆障碍，对近时发生的事情全部丧失记忆，但对以往的事情依然能够准确回忆。

有些生长在脑垂体部位的脑瘤，最初的症状可以是看不清物体，但眼科检查往往无法予以解释，于是主观一些的医生会怀疑患者别有企图或患神经官能症。事实上这种患者的眼睛是正常的，问题出在通向眼球的神经组织（视交叉）被肿瘤压迫阻断，于是便会产生视力、视野方面的障碍。

有些垂体腺瘤早期的表现都是内分泌方面的异常：如身体



某个部位匀称地迅速增长；成年人手、足、手指、足趾、鼻、额、下颏、唇、舌、上额肥大突出，外貌明显改变，显得笨拙；有些人性欲减退、闭经、伴发糖尿病；有的则主要出现严重口干、大量饮水的症状。

除上述症状外，有些现象要特别注意，如成年人开始出现的癫痫发作；年轻妇女突然闭经或不育；成年人一侧听力减退时，都应及时诊治，以排除脑瘤的可能性。

3. [illegible]

有一位40余岁的男子，平素身体十分健康，近来家人发现其精神状态有些异常，起初表现为神情淡漠、嗜睡木讷，后又出现近期记忆障碍，即仅限于对近期事物失去记忆。邻里、家属甚至部分医务人员均认为该病者可能患了精神病。后经头颅CT检查，证实患了颅咽管瘤。手术切除后异常的精神症状完全消失，但患者对发病后至手术这段时间内的事情全然不觉。

人们普遍持有这样的观点，脑瘤的主症是头痛、呕吐、眩晕，这是不够确切的。惟有当脑瘤长大到一定程度，致使颅内压增高，方会发生这些与颅内压升高有关的症状，脑瘤自身是不会引起头痛的。脑瘤的早期表现主要取决于脑瘤生长的部位，如果长在大脑记忆中枢附近的肿瘤，就如本文开始时所介绍的那位颅咽管瘤，其最早出现的症状便为记忆功能方面的障碍。一些患者首先表现为对新认识的人名字记不清，反复请教人家的姓名。有些甚至无法辨清非常简单的方位，比如来到一个新的地方，他会在极短的时间内就遗忘了，他所看到的一切几乎都是陌生的。表情多淡漠、呆板，言语减少，不愿与人交往，常被误诊为精神病。如果瘤子长在大脑皮质的运动中枢附近，那么最早出现的症状很可能是反复发生晕厥和抽搐，酷似癫痫。突然发生



的癫痫，必须想到脑瘤，尤其是大脑皮质部位的肿瘤。发生在听神经部位的听神经瘤，由于听神经及其相邻的前庭神经受到损害，其最初的症状便是听力障碍和眩晕。垂体肿瘤可因分泌多种激素和压迫视神经，从而出现偏盲、一时性黑矇、大量饮水等内分泌失调症状。

记忆有远期和近期之分　远期记忆是指过去，包括儿时的一些事情的记忆，近期记忆是指对最近发生事情的记忆状态。当脑瘤发生到侵及脑部记忆中枢时，记忆功能便开始受到影响，随着肿瘤的进展，记忆功能越来越受到严重的损害。此时，记忆便呈现一个空白期。在脑瘤影响记忆中枢之前，大脑中贮存的信息并不会受到影响，所以远期记忆仍然是存在的。当用手术方法去除脑瘤后，由于解除了肿瘤对记忆中枢的影响，记忆功能不可得到恢复。

了解脑瘤的蛛丝马迹有极重要的意义　因为此时脑瘤尚小，对脑组织的损害还很轻微，通过手术或其他治疗措施有可能完全康复。和视力障碍、失聪、大量饮水及其他内分泌失调症状相比，近期记忆障碍、某些精神症状的出现，可能更易受到忽视，人们习惯误认为是精神病的表现，显然这对早期诊断脑瘤是极为有害的。

4. 中年[illegible]

癫痫与脑瘤　癫痫又称羊癫风　发作时常会大叫一声，跌仆在地，牙关紧咬，眼白上翻，全身肌肉强直，少顷发生阵挛性抽搐，历时数十秒钟。随后便会口吐白沫，口唇青紫。有些脑瘤患者首先以癫痫亮相，这种情况并不少见。以癫痫为首发症状的脑肿瘤相当一部分生长缓慢，以全身强直性阵挛抽搐或姿势性运动表现（如动作中断、直视呆立不动、呼之不应、手持的物件落



地等，在短暂的发作过后又可继续原来的活动）为多。有些患者可以出现癫痫持续状态，癫痫大发作持续不断或断续的持久发作，虽有短暂的发作间期，但仍昏迷不醒。随着肿瘤的浸润，癫痫的发作形式更多样，如表现为精神运动性发作，可作出多种无目的的行动，或出现躁狂兴奋、偷窃、伤人行为。

中年癫痫尤应重视　癫痫患者 10～25 岁最常见病因是颅内炎症；36～60 岁则以肿瘤居多，约占 30%，且额叶肿瘤中 39%首发症状是以癫痫亮相的；超过 60 岁者以高血压动脉硬化致脑卒中引起者居多。所以对于中年突发癫痫，且发作类型多样，甚者可出现癫痫持续状态，经抗癫痫药物治疗效果不好，发作次数逐渐增加者，应高度警惕脑瘤性癫痫，须立即作脑 CT、磁共振检查，以便及早诊治。

5. 幼儿时期常见的神经母细胞瘤

神经母细胞瘤是幼儿时期常见的恶性肿瘤　由于肿瘤发生部位隐匿，且无特殊症状，往往不容易早期获得诊断，从而影响到预后；加以恶性程度极高，所以生存率极低。

神经母细胞瘤可发生在身体多个部位，75%位于腹膜后，以肾上腺最多，20%位于纵隔。神经母细胞瘤属分泌型肿瘤，具有合成、分泌、排泄儿茶酚胺的能力，神经母细胞瘤虽然分泌儿茶酚胺，但在进入血液循环前，大部分已被代谢失去活性。

神经母细胞瘤的初发症状　常是长期不明原因的发热，早期病例为低热，晚期则呈现不规则高热。此外，在初发症状中还有面色苍白、贫血，严重贫血常提示肿瘤已侵犯骨髓。腹胀、腹块也是婴幼儿患者多见的临床表现，而到了儿童期则常诉述腹痛、肢痛。因肿瘤分泌血管活性肠肽，可出现难治性水样腹泻、低血钾等。有时可见多汗、心悸、易激惹等现象。



儿茶酚胺代谢物(香草扁桃酸、高香草酸)的测定　已成为诊断神经母细胞瘤的重要手段。为了发现早期病例,现已应用尿布或尿渗透试纸,对小婴儿进行普查,各国都在开展,有较高的发现率。

6. 溢乳的背后

有些少妇生育后已经断奶,但乳房仍发胀,挤压乳房,乳头会有乳汁溢出。去医院检查,做了头颅 CT 检查和抽血化验泌乳素,结果显示患了垂体瘤。此病早期常无明显痛苦,只是月经稀少或闭经,以及停止哺乳后继续有少许乳汁分泌,不易引起注意。此病的最后确诊依赖于测定血清泌乳素及垂体 CT 检查。

人体内分泌系统的调节管理十分精细　至少存在着三级以上的管理,即由周围内分泌腺或效应器官(如甲状腺、肾上腺、性腺、乳房等)、垂体的促激素(包括多种有促进周围内分泌腺分泌的激素)以及下丘脑的调节激素或因子(含有多种垂体促激素的抑制和释放激素)组成。位于脑内蝶鞍内的垂体是周围内分泌腺体的"太上皇",通过分泌促激素指挥它们分泌。垂体的体积虽小,重量不足 1 克,但至少可分泌和释放 8 种激素,其中一种便是泌乳素。顾名思义,泌乳素有刺激发育良好的乳房泌乳的作用。在非孕期此激素处于"休闲"状态,基础分泌水平甚低。只有在妊娠情况下,由于哺育后代的需要,垂体内的泌乳素细胞增生,其体积比平时可增加 1 倍,故分泌的泌乳素明显增加,进而刺激乳腺分泌乳汁。因此,在非妊娠时期,即使是丰满圆润的乳房也不分泌乳汁。

发生垂体瘤　由于癌细胞不断增生,而这些癌细胞也会大量分泌泌乳素,促使乳房泌乳。至于泌乳素瘤为何能引起闭经、不孕及性功能低下,那是因为过高的泌乳素反馈抑制下丘脑垂



体的促性腺激素，从而引起卵巢功能减弱的缘故。

轻度溢乳　然而，在垂体泌乳素瘤患者中，有相当一部分人仅表现为轻度溢乳，而血中泌乳素不高甚至完全正常，垂体 CT 检查也未显示有实质性肿瘤。这是因为泌乳的启动需较大量的泌乳素，但其维持则仅需少量的泌乳素就可以了。因此，如果月经正常，溢乳大多不是垂体泌乳素瘤引起的，可能是其他非病理性因素（如乳头受刺激等）所致。

血中泌乳素增高　另有一部分患者除溢乳、月经紊乱外，血中泌乳素浓度升高，但垂体 CT 检查未见有占位性病变，其原因可能是瘤体过小，在 CT"能见度"之下难以发现，此时可定期随访，并配合磁共振检查。这种性质的患者可给予溴隐亭药物治疗，不但能改善症状（如溢乳、月经紊乱等），而且有一定的抑制泌乳素瘤生长作用。不过在溴隐亭的治疗过程中，一定要定期作 CT 及磁共振检查，以观察病情的发展。如果检查出肿瘤，仍应及时手术治疗为宜。

治疗措施　在溢乳患者中，约有 1/4 可在垂体处发现肿瘤，而且血清泌乳素升高，此种情况可以确诊为垂体泌乳素瘤，手术治疗当然是可以的，但如果先用药物治疗也有一定的作用。所用药物就是溴隐亭，用量开始时每日 2.5 毫克，逐渐加大剂量，直到溢乳停止，血中泌乳素回复至正常，以后可缓缓减至最小维持量，并长期维持。由于溴隐亭有一定的不良反应，尤其恶心、呕吐等消化道反应，因而宜在餐中或睡前服用，以减轻反应。对个别药物治疗效果不佳，肿瘤有增大趋势者还是需要做显微手术加以摘除。另外有一点必须强调指出，服用溴隐亭时切忌自行停药，不然可以引起"反跳"，使症状再度出现或者变得严重，而且血中泌乳素浓度再度上升，这就意味着肿瘤在加快生长。

非孕期泌乳是重要信号　妇女溢乳不要只想到内分泌紊乱或者乳腺疾患及乳腺癌，还应该考虑到长在脑中的垂体泌乳素



瘤，可以这样说，泌乳素瘤的信号，而且是重要的信号便是非孕期时的泌乳。凡有异常泌乳者必须立即作脑垂体 CT 检查，并且测定血中泌乳素的浓度。重视是应该的，但也不必为溢乳而惊慌失措，四处乱投医，无目的的检查和治疗。应予指出，多数垂体泌乳素瘤患者不需手术，用药物治疗效果也比较良好，其性质多为良性，预后也较好，过分担忧显然没有必要。

7. [illegible]

一位 45 岁的女性患者，半年来睡觉时不敢翻身，只能固定一个姿势睡觉。如果体位稍有改变，一翻身就会感到头眩、头痛、天旋地转，有时还会呕吐、面色苍白。家人看到这种情况后很害怕，多次送医院急诊。该病员的病情逐渐加重，某基层医院诊断为“梅尼埃综合征”(内耳眩晕症)。由于多次治疗无效，患者特地到一家著名大医院的神经科就诊，经过详细检查，确诊为脑室肿瘤。施行手术切除后的一个多月，患者眩晕症状全部消失，痊愈出院。

什么是脑室肿瘤呢？　人脑里有 4 个大小不等的“房间”，称为脑室。它们分左右两个侧脑室，中间一个是第三脑室，在后颅窝内的叫做第四脑室。通过孔洞或管道依次相连通，组成了脑室系统。脑室和通道内都充盈了循环不息的脑脊液，对脑和脊髓组织起着保护和缓冲颅内压力的作用，也是供应脑组织一部分必需的营养物质和排出脑、脊髓代谢产物的途经。任何原因致使第四脑室的入口或出口处阻塞，就会发生脑脊液循环受阻，颅内压力增高，出现一系列征象。第四脑室所长出的肿瘤，多数是室管膜瘤或脉络丛乳头状瘤，粘连度较小，活动度大，像一个活动的瓶口塞。当患者突然翻身时，瘤子就像瓶塞那样正好塞住孔道，脑脊液循环就突然阻断。这在医学上称为突发性



颅内压增高症。

脑室肿瘤临床症状　患者在翻身时可出现天旋地转。随着肿瘤的逐渐长大，可引起头痛、呕吐加重。有的患者由于迷走神经和前庭神经核受到刺激，可有眩晕、复视、眼球震颤，甚至意识不清。如果肿瘤侵犯了小脑，可发生行走不稳、共济失调、吞咽困难、声音嘶哑等症状。

如果出现上述类似病症，特别是眩晕、恶心、呕吐，目前可用CT扫描或脑室造影等检查予以确诊。一个人发生眩晕、天旋地转的症状是较为多见的，人们容易想到内耳眩晕症或颈性眩晕（即颈椎病引起的眩晕），很少想到脑瘤的可能，这是很危险的。那么如何区别呢？一般来说，内耳眩晕症发作一次，其间隔时期很长，而脑瘤则常短期内反复发作，并且病情逐渐变重。至于颈性眩晕是由于颈椎病造成的眩晕。颈椎病实质上是颈椎间盘变性、颈椎骨质增生以及由此而引起的一系列临床症状三者的总称，故又称为颈椎综合征。当颈椎间盘脱出或颈椎骨刺压迫附近的椎动脉时，可引起头痛、眩晕和视觉障碍等一系列症状。颈性眩晕存在明显的颈椎病变，经过适当治疗后病情可以获得控制。无论怎么说，如果反复频繁或持续出现眩晕症状，不能翻身，必须做脑CT的检查。

8. 骑车为何老要跌跤

这是一位26岁的姑娘，身体健壮，为人热情大方，在厂里工作认真积极，年年被评为厂先进。但是，最近一个多月来，她经常上班迟到，自己也感到苦闷。为了不迟到，她提早15分钟骑车出门。可是不幸的是她经常跌跤。一些人在背后议论纷纷。一次，她骑车跌跤后觉得左侧头部有些疼痛，便去医务室配了些药，但毫无效果。开始时，她以为车辆不好，但调换一辆新的车

后，还是经常要跌跤，而且每次都是向左侧跌倒。近来，跌跤的次数越来越多，而且发展到走路时老是向左偏斜，往往要撞到别人身上。有一次，她去食堂买菜，左手拿不住饭碗而掉在地上，还撞翻了别人的饭碗。这时厂医才引起重视，陪同她到神经科就诊，经CT检查证实为左侧小脑肿瘤。施行了手术后症状便消失了，再也不跌跤了。

脑由大脑、小脑、间脑和脑干组成，每个部位都有特定的分工，某个部位出了问题，就有相应的表现。如大脑中央前回负责支配对侧上、下肢活动；习惯用右手的人，大脑左侧顶叶的病变可引起失语症。上述患者肿瘤长在小脑，小脑的重要功能是保持人体的平衡和协调，小脑病变在哪侧，肢体就会失控跌向患侧。

9. 与癌症相关的神经病变

某60岁男子肺癌术后，因对化疗制剂不能适应，故未予积极治疗。术后1年，患者突感四肢肌肉严重乏力，尤其是大腿肌肉更为严重，患者无法抬腿、行走。之后又出现睁眼困难、声音嘶哑等症状。虽经各科医师会诊，均未能明确诊断。

伴发重症肌无力　其实这位老年肺癌患者患的是重症肌无力综合征，属于癌性神经病变的一种。这种病症多见于肺癌患者，尤其是小细胞型肺癌。据报道，肺癌并发重症肌无力综合征的发生率在1%以下，而小细胞肺癌则高达6%。该综合征可在肺癌确诊前数月至数年出现，对早期诊断肺癌有一定的价值。其初发症状表现为下肢肌无力或软弱、肌力减退，容易疲倦；以后出现上肢无力、口干、眼睑下垂、复视、轻度视力障碍、声音嘶哑、阴茎勃起障碍等。肌力减弱以四肢，特别下肢近端肌肉群最为多见，症状也最为严重。癌性重症肌无力综合征的原因目前



尚不清楚，可能与癌症患者神经末梢所释放的乙酰胆碱量减少有关。

一般所说的癌性神经病变并不包括癌细胞直接浸润神经组织引起的病变，而主要是指癌症间接效应所致的神经损害。癌性神经病变并不少见，但由于人们对它缺乏认识，往往多被忽视，造成不良后果。国外有学者报道，在分析195例各种恶性肿瘤患者后，发现肌电图异常者占32%，神经传导速度异常者占26%。对153例肺癌患者进行全面的神经系统检查后，发现腱反射减弱或消失，四肢远端肌力减弱者有7例，感觉减退者9例。多数学者指出，癌症患者中感觉、运动神经病变的发生率约有3%。

所有恶性肿瘤均可伴发癌性神经病变　在伴发癌性神经病变的恶性肿瘤中，以消化道肿瘤中的胃癌和结肠癌为最多，其次为肺癌中的支气管肺癌，尤其是小细胞肺癌。其他如乳腺癌、食管癌、喉癌、肝癌、子宫癌、睾丸肿瘤、膀胱癌、淋巴瘤、肉瘤、胰腺癌、胸腺肿瘤、浆细胞瘤、直肠癌、盲肠癌等也均可发生癌性神经病变。可以说，几乎所有的恶性肿瘤均可伴发癌性神经病变。

癌性神经病变有许多不同的类型，除上述的重症肌无力综合征外，尚有以下几种情况。

以感觉神经损害为主的癌性神经病变　其特征为显著的感觉障碍，特别是深感觉，形成感觉性共济失调。有些患者表现为闭目并足直立时身体摇摆不定或假性手足徐动症。浅感觉减退比深感觉减退发生较晚，但以后迟早可达到与深感觉同等程度的障碍。患者自觉由四肢末端开始，发生上行性、进行性显著不适、麻木或疼痛。这种情形常易被医者误认为是维生素缺乏所致。腱反射消失或减弱，且以下肢为多见。这些症状常比癌症症状更早出现，呈亚急性进行性恶化。从神经症状出现至死亡的时间6个月至1年，足见预后是相当不良的。这种类型的癌



性神经病变大多发生在肺癌患者身上。

同时损害感觉和运动神经的癌性神经病变　其特征为运动障碍和肌肉萎缩比较显著。运动障碍以四肢远端为主，但近端肌也可累及。均自下肢开始，下肢似有明显的好发倾向。腱反射也见减弱或消失。乏力、肌力减弱、肌肉萎缩、肌电图呈运动性传导速度降低也较常见。

进行性多灶白质脑病　临床上曾见有这样一位胃癌患者，因胃癌广泛浸润，已无法手术，后应用抗癌化学制剂治疗，效果竟十分良好。正当医患双方以手加额，相互庆幸时，患者突然出现左侧肢体瘫痪、失语，不久即发生昏迷，数日后死亡。这便是一例比较典型的进行性多灶白质脑病。该类型的癌性神经病变的特点是脑白质发生弥漫性多灶性髓性变性，多见于大脑半球、脑干和小脑，有时脊髓也可累及。病变大小不一，小者仅在显微镜下方能见到，大者可遍及大脑半球的大部分；轻者仅见髓鞘变性，重者髓鞘和轴突均消失，仅剩下稀疏的胶质网。在病变的脑组织中均没有肿瘤细胞转移的证据。该病的原发肿瘤主要是慢性淋巴细胞白血病、淋巴肉瘤、多发性骨髓瘤、急性粒细胞性白血病、慢性粒细胞性白血病、真性红细胞增多症等，但胃癌等实体瘤也可发生。一旦出现神经症状，病情进展迅速，预后极为恶劣。症状随病变部位而异，可出现偏瘫、四肢瘫、视力障碍、共济失调、感觉障碍物、失语、智能减退、痴呆、意识模糊，病情严重的甚至昏迷、抽搐。

详细检查，经常随访方能明确诊断　明确诊断的或强烈怀疑为恶性肿瘤的患者，当出现上述特征性神经症状时，应疑及并发癌性神经病变，必须予以详细检查。由于恶性肿瘤患者伴有恶液质、贫血、电解质紊乱、糖代谢异常、循环障碍等全身状况不良；放疗和化疗的不良影响；癌的浸润、转移，特别是微小转移等因素均可导致神经病变，这些情况有时不易与癌性神经病变区




别，故密切随访十分重要。

癌性神经病变显然不是由于癌细胞的直接浸润、破坏所致，其原因目前尚不清楚，可能与以下一些因素有关。恶性肿瘤患者因全身状况不良，常导致营养障碍，维生素缺乏和其他诸种代谢紊乱，这些均可对神经、肌肉组织造成不良影响。有学者报道，恶性肿瘤的患者体重下降和神经病变的发生率之间存在密切的关系。肺癌患者感觉—运动神经病变的发生率，体重显著下降者较不显著者明显为高。癌性神经病变也可能与免疫现象有关。有学者用电子显微镜、免疫电镜、荧光抗体法等技术观察6例癌性神经病变患者的腓神经组织，并同12名无末梢神经障碍物的癌症患者及15名无癌症病变而有末梢神经障碍的患者进行对照研究，发现对照患者均未示有特殊改变，而癌性神经病变患者则在其神经细胞膜的内层见有免疫沉积物质存在。此外，癌性神经病变也可能与感染，尤其是病毒感染有关。众所周知，癌肿患者由于全身状况差更易发生病毒感染。

由于癌性神经病变的某些症状可先于癌症出现，而伴发有癌性神经病变的恶性肿瘤患者常提示预后不良，因而正确认识这一病症具有十分重要的临床意义。当出现一些莫名其妙的皮肤麻木、身体摇摆不定、手足无目的的徐动、四肢末端疼痛、腱反射减退、运动不便或困难、肌肉萎缩、肌力减弱、偏瘫等现象时，又不能用其他疾病予以解释时，应该全身检查一下，看看是否存在恶性肿瘤的可能。重点应该查血液、淋巴系统、肺和胃部，如抽些骨髓检查一下，拍摄肺片和CT扫描、胃镜检查等。恶性肿瘤患者可以出现一些神经症状，这一点是必须加以关注的。

五、淋巴、血液系统

1. 到处惹麻烦的恶性淋巴瘤

恶性淋巴瘤的早期表现，半数以上为浅表淋巴结肿大，也有的发生于扁桃体、纵隔或腹腔淋巴结。部分患者可伴有发热、盗汗、皮肤瘙痒、消瘦等全身症状。

淋巴结肿大的特点　早期大多为无痛的颈部淋巴结肿大，以后其他部位陆续出现。无痛是一个重要的特点，一般淋巴结发炎大多感觉疼痛。大小自黄豆至枣子大，中等硬度，坚韧、均匀、丰满，一般与皮肤无粘连，到了晚期，淋巴结可长得很大，也可互相融合成一大块，侵及皮肤，破溃后经久不愈。

人的咽部有一淋巴环，由鼻咽、扁桃体、舌根部的淋巴组织组成，咽淋巴环也是恶性淋巴瘤的好发部位。一般呈结节样增殖，硬度比癌要低，但较坚韧，很少破溃，同时伴有颈淋巴结肿大。

纵隔也是好发部位之一　多数患者在初期常无明显症状，主要表现为X线片显示有分叶状阴影存在，有些患者因急剧发展，导致上腔静脉压迫综合征（头大如斗），气管与食管受压，其实质也是该区域内淋巴组织的增殖。

部分患者可以肝、脾肿大为首发症状，为淋巴结以外最常受侵犯的部位。肝功能大多无明显异常。由于肿块弥散，肝扫描也少有大的占位病变。发生于脾的恶性淋巴瘤预后较好，而肝受侵犯的预后不佳，甚至较有全身症状的还差。




恶性淋巴瘤中约有2%可发生于肺 表现为肺野内边界清楚的圆形或分叶状阴影，患者大多无自觉症状。

消化道也是恶性淋巴瘤的好发部位 一种是单发于胃肠道的淋巴滤泡，局限于肠道内及邻近的肠系膜淋巴结；另一种病变可侵犯胃肠道。患者常常以发作性腹部绞痛或持续性隐痛，或发现腹部活动性肿块为主诉。少数可有消化不良、水肿、杵状指症状。

发生于骨骼的恶性淋巴瘤占1%～2% 主要为网状细胞肉瘤。其他部位的恶性淋巴瘤在病程发展的一定阶段也常可有骨侵犯。骨恶性淋巴瘤的早期表现可能为局部疼痛，最常发生的部位是股骨和骨盆。更多见的是全身性恶性淋巴瘤的骨侵犯，如脊椎、骨盆、股骨、肋骨、肩胛骨、颅骨等处。患者常有疼痛、压痛或发生病理性骨折。

发生在皮肤上的恶性淋巴瘤有一定的特殊性 主要的病变表现有：①蕈样霉菌病：病变发展一般比较缓慢，大致可分为红斑期、斑块期和肿瘤期。红斑期时颇似牛皮癣、玫瑰糠疹或固定药疹。斑块期时皮肤开始有浸润，形成不规则斑块。肿瘤期则在皮肤上出现肿块，呈圆形或分叶状隆起，暗红色，表面可形成溃疡。②西萨瑞综合征：首先出现全身性皮肤瘙痒，以后有广泛的红斑，同时伴有面部、腹部及下肢水肿。

神经系统并发症很常见 原发于中枢神经系统的恶性淋巴瘤不多见，但恶性淋巴瘤引起的神经系统并发症却很常见。脑转移患者约1/3有精神障碍和癫痫发作，一般都有颅内压增高。

约10%的患者有发热、皮肤瘙痒、盗汗、消瘦等全身症状，并且是最早出现的病象。1/3左右的恶性淋巴瘤患者在淋巴结肿大的同时，以及大部分晚期患者，都有程度不同的全身症状。

持续发热、多汗、体重下降等可能标志着疾病的进展、免疫功能严重低下，因此预后不良。



另有一种多年来为人们熟知但机制不明的现象，即部分恶性淋巴瘤患者饮啤酒后几分钟出现病变淋巴结或骨疼痛。这种不能耐受啤酒的现象最多见于霍奇金淋巴瘤患者，有些甚至可将此作为一种诊断性试验。

恶性淋巴瘤患者中10%～20%在就诊时就有贫血，甚至可发生于淋巴结肿大前几个月。进行性贫血是判断恶性淋巴瘤发展的一个重要指标。

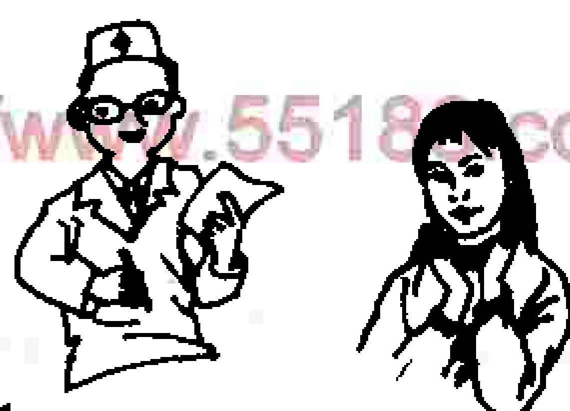
恶性淋巴瘤不仅可侵及全身的淋巴结，而且可波及到肝脾、骨骼、肺、皮肤、胃肠，确实是一种到处惹是生非的疾病。

4、淋巴[illegible]

在很多人的观念中，恶性淋巴瘤绝对是不治之症。其实不然，目前医学的发展，对本病的治疗，无论是近期疗效还是远期生存都有了长足的进步，现已成为一类在相当程度上可以治愈的疾病。如果能早期发现、早期诊断、早期规范治疗，是完全可以治愈的。

什么是恶性淋巴瘤呢　简单地说，就是淋巴结的癌肿。提起淋巴结，大家都知道，那么淋巴结在人体中起什么作用呢？能说清楚的人可能就不多了。淋巴结呈豆形，分布于全身，人出生后全身有500～600个，常沿着淋巴管的走向分布，形成淋巴结链。淋巴结可以清除病原性微生物，是免疫细胞增殖和贮留的场所，是淋巴细胞再循环的主要通道，是免疫应答的主要器官。如果淋巴结和（或）结外部位淋巴组织中的淋巴细胞（或组织细胞）发生恶变，即成恶性淋巴瘤。医学上又分为两大类：霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤。

治愈淋巴瘤的关键在于早期发现　那如何才能够早期发现呢？恶性淋巴瘤可发生于任何年龄，从小儿到80岁的老人都可



发生，临床上多见于儿童和青壮年。早期表现多为无痛的颈部肿块，呈进行性增大，多为黄豆大、中等硬度、韧性、可活动、与皮肤无粘连。肿块可增多，陆续出现其他部位浅表淋巴结肿大，如腋窝淋巴结、腹股沟淋巴结肿大。随着病情的进展，肿块继续增大，可以互相融合成大团块，甚至侵犯皮肤，出现破溃不愈。有1/5左右患者发现时已有多处淋巴结肿大。

侵及皮肤等处症状　还可出现不明原因的发热、皮痒、盗汗及消瘦的症状，有的仅以其中一种症状为首发表现。有的患者因原发或继发出现皮疹、皮肌炎、皮肤红斑、荨麻疹而被作为皮肤病诊治。不少患者尚可出现贫血、乏力等全身症状，这些症状还可发生于淋巴结肿大之前。还有部分患者会出现饮用啤酒后受侵犯的淋巴结或骨疼痛。

恶性淋巴瘤侵犯的器官多种多样　恶性淋巴瘤除了原发于淋巴结外，还可原发或侵犯鼻咽、扁桃体、舌根、眼、甲状腺、食管、纵隔、肺、胃、小肠、大肠、肝、脾、骨、皮肤、泌尿及生殖系统、中枢神经系统等器官，出现相应的临床表现。如原发于纵隔的淋巴瘤与肺癌相似，不易鉴别；原发于胃、肠的淋巴瘤会出现腹痛、腹部肿块或肠梗阻等症状，不易与胃癌、肠癌相鉴别。淋巴瘤晚期常侵犯骨髓伴发“白血病”，过去称为“白血肉瘤”，有的患者因血象异常行骨髓穿刺检查后发现为“淋巴瘤白血病”，此时已为晚期。

病理检查、影像检查很重要　那么，如何知道是否患了恶性淋巴瘤呢？如果有上述表现，应及时去医院检查。诊断主要依靠临床表现、X线检查及病理检查，而确诊有赖于病理诊断。根据患者的临床表现，医师怀疑是恶性淋巴瘤时，如果有浅表淋巴结肿大则选取淋巴结做病理学活检，常规行胸部X线检查，必要时辅以CT、MRI等检查。下肢淋巴管造影可确定有无盆腔和腹膜后淋巴结受侵，以帮助分期。CT、MRI、B超检查可发现



隐匿的病灶和确定受侵犯的范围。如果没有浅表淋巴结肿大而怀疑恶性淋巴瘤时，医师会根据患者的临床表现做相应的检查。在高度怀疑恶性淋巴瘤时，可考虑诊断性治疗，但应慎重选用。恶性淋巴瘤的分期是很重要的，进行相应的检查是为了准确地分期，才能选择恰当的治疗方案。

经常见到一些患者，特别是儿童、青年出现颈部肿块，被误诊为"淋巴结炎"或"淋巴结核"，延误治疗时机而使病情进展；也有用中药外敷企图"拔毒"或"拔瘤"致使皮肤破溃流脓不愈；也有人喜欢找熟人医师而非专科医师医治，结果因治疗不规范或化疗方案不恰当、化疗的毒性和不良反应处理不当而影响生存期。因此，为了对自己的生命负责，建议患者到专科医院或大医院请专科医师诊治。

3. 主要的恶性淋巴瘤

常见的恶性淋巴瘤有霍奇金淋巴瘤（又称霍奇金病）、网状细胞肉瘤及非霍奇金淋巴瘤。目前根据组织细胞学的特点将本病正式划分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类。

霍奇金淋巴瘤　它是一种特殊类型的恶性淋巴瘤，组织学诊断主要依据是在多形性炎症浸润的背景上找到特征性 R-S 细胞。无痛性进行性淋巴结肿大是最常见的症状，表浅淋巴结受累的概率依次为颈部（60%～80%）、腋部（6%～20%）、腹股沟部（6%～12%）。同时伴有全身症状，如体重减轻、盗汗、发热及皮肤瘙痒。30%～50%患者的发热呈周期性，即高热持续 1～2 周，间隔 1～2 周无热期或低热期后才出现高热。不明原因发热和无痛性淋巴结肿大，通常是霍奇金淋巴瘤的早期征象。

非霍奇金淋巴瘤　这是指除霍奇金淋巴瘤以外的，具有高度异质性的一组恶性淋巴瘤。临床表现呈广泛性、多灶性，最常



见的也为无痛性周围淋巴结肿大，多见于颈部。腹部非霍奇金淋巴瘤常伴有腹痛及腹部肿块。纵隔非霍奇金淋巴瘤伴有喉鸣、呼吸困难、刺激性咳嗽、躯干上半部静脉怒张及水肿，头部肿大如大头娃娃。

4. 哪种淋巴结需要活检

恶性淋巴瘤对生命有很大的威胁，及时诊断是极为必要的，而诊断主要是依靠病理活检。由于恶性淋巴瘤最初最多见的临床现象是淋巴结肿大，因此对淋巴结做病理活检是诊断该病的关键措施。那么，哪一种淋巴结应及早取淋巴结作病理检查呢？

（1）无明确原因的进行性淋巴结肿大，尤其是质地坚韧活动度较差，位于颈、腋、腹股沟部位的无痛性肿大的淋巴结。

（2）“淋巴结结核”“慢性淋巴结炎”经常规疗程的抗结核或抗炎治疗无效时，并且呈逐渐增大的趋势。

（3）淋巴结肿大及发热症状虽有间歇性改善，但反复发作，总的趋向为进行性发展。

（4）不明原因的长期低热或周期性发热，同时存在肿大的淋巴结，应考虑恶性淋巴瘤的可能，尤其是伴有皮肤严重瘙痒、多汗、消瘦者。

（5）双侧滑车上（即肘部）淋巴结肿大者。

（6）多部位（如颈、颌下、腋下、腹股沟等）浅表性淋巴结肿大者。

上述情况必须及时进行淋巴结活检，不能有顾虑。

[illegible]

有些情况对预后有所影响，患者应该了解些这方面的知识，



这对判断病情的发展有所帮助。

病理类型 霍奇金淋巴瘤较非霍奇金淋巴瘤预后为佳，淋巴肉瘤最差。

分期 早期预后较好。

性别 女性患者的远期效果较男性为佳。

全身症状 有发热、出汗、全身性皮肤瘙痒、贫血等全身症状的患者预后差于无全身症状者。

初次治疗年龄 一般认为，青壮年患者的预后较好，10 岁以下及老年患者预后较差。

并发白血病 并发白血病者预后较差。

近期疗效 首次治疗的成败对远期结果的影响很大。生存 1 年以上的患者即有 47.5%～59.6%的机会生存 3～5 年以上，这一点充分说明认真对待初次治疗的重要性。

首发部位 首发主要侵犯淋巴结，即使伴有全身症状，或范围比较广泛，其预后较好。发生于扁桃体的恶性淋巴瘤预后也较好。扁桃体淋巴瘤易有腹腔受侵，特别是胃，但经积极治疗仍有望治愈。发生于鼻咽部的恶性淋巴瘤常常发展迅速，预后一般较差。发生在纵隔的恶性淋巴瘤预后也不良。

[illegible]

有相当一部分肿瘤患者，是自己先摸到浅表肿大的淋巴结而来就诊的，最后通过检查找到真正的病源。

对于肿大的淋巴结，除病史外，淋巴结的位置、大小、数目、质地、压痛与否、活动度、光滑度及粘连程度等，是鉴别其是否癌性的关键。

淋巴结肿大的肿瘤分为原发性和继发性(即转移性) 原发性常见的有：恶性淋巴瘤、恶性网状细胞瘤、白血病等。转移性

http://www.55188.com理想在线证券网




主要见于：消化系统癌、呼吸系统癌、泌尿生殖系统癌、乳腺癌、甲状腺癌、黑色素瘤等。

肿大的癌性淋巴结有哪些特点呢？ 一般来说，对于全身浅表性肿大的淋巴结（腋窝、腹股沟，特别是颈部淋巴结），如果是无痛性、无炎症的局限性、进行性肿大，在无全身症状时应考虑为恶性淋巴瘤。初期时质地较软，可活动，无压痛，增大迅速时质地变得坚硬而有压痛感。对于粘连或不粘连的淋巴结都要考虑白血病的可能，尤其是淋巴细胞性白血病。转移性的颈部肿大淋巴结，以年龄较大，突发性和无痛性的为多，其特点是硬实、无压痛，常多个淋巴结互相粘连成团块，并与基底部粘连，移动性很小。常见的癌如鼻咽癌，其淋巴结多为一侧性，在患侧乳突尖下与下颌角之间、颈上胸锁乳突肌肌缘部等。甲状腺癌也在同侧面颈部有淋巴结肿大，很大一部分患者即使原发癌灶尚小，但淋巴结很大。乳腺癌首先转移至腋窝淋巴结，有时腋窝淋巴结肿大可以是乳腺癌的首发症状。消化系统癌肿，尤其是胃癌，容易见到左锁骨上淋巴结肿大。呼吸系统癌肿如肺癌则以锁骨右上淋巴结转移易见。腹股沟部淋巴结肿大多考虑泌尿、生殖系统癌肿。

以上均是浅表性淋巴结肿大，可以用手摸到，其特征一般是质地较硬（早期恶性淋巴瘤可以较柔软）、无压痛、粘连、不易移动。有些淋巴结位于深部，如腹腔、腹膜、纵隔、肺门等扪不到的地方，这些部位的淋巴结是否肿大，要依靠B超、X线摄片、CT、MRI检查才能发现。

淋巴结穿刺和细胞学检查 为了提高确诊率，或者说为了早期发现癌肿，判别它们的性质、恶性程度，及时制定治疗方案，最好的办法是进行局部淋巴结穿刺和细胞学检查，这种方法基本上能确定肿瘤及其性质。总之，对肿大的淋巴结应该毫不犹豫地及时检查，为早期发现癌肿，及时查及隐匿性的原发肿瘤提



供诊断方向和依据，也为早期治疗争取宝贵的时间。

关注浅表淋巴结　对于一般人来说，要经常关注自己的浅表淋巴结，它们实际上是人体天然的“警报器”，一旦出现异常必须进一步检查。

7. 难以解释的皮肤病

一位五十余岁的男性患者，于6年前出现躯干部位剧烈瘙痒，夜间难以入眠。发病5个月后，背部又有绿豆及黄豆大小的红斑、丘疹，逐渐扩散到胸、腹及四肢。4年前，丘疹融合，呈大片地图状不规则浸润性红斑，部分呈苔藓样变，以背、股内侧面为重，表面干燥，有弹性。当地医院诊断为慢性湿疹、神经性皮炎、渗出性苔藓样皮炎等，经多方治疗，瘙痒及皮损均未减轻，相反，持续性加重。之后患者前去某大医院诊治，经体检，全身各脏器未见异常，皮肤检查发现全身皮肤异常干燥、粗糙，躯干和四肢有大小不一的十多片形态不规则的浸润性斑块，边缘清楚，表面干燥，以背和股内侧为重。病理检查：表皮内微小脓肿，真皮内有蕈样肉芽肿细胞。诊断为蕈样肉芽肿（斑块期），予化疗及局部激素药膏外用。

蕈样肉芽肿是一种皮肤T细胞淋巴瘤　发病率不低于霍奇金淋巴瘤。早期表现为多样性皮肤损害、浸润性斑块，晚期可侵犯内脏器官和淋巴结，伴有持续剧烈的瘙痒。从11岁的儿童至82岁的老人均可发生此病，但80%以上发生于40岁以上的壮年人。男性患者占2/3。

蕈样肉牙肿分为3期　即蕈样前期、浸润期、肿瘤期，瘙痒是早期惟一的症状。痒感剧烈难忍，持续数年，各种治疗不能使之缓解。最初的皮损局限或泛发，以躯干和四肢屈侧多见，有红斑、丘疹、斑块、苔藓样变、风团、鳞屑多种形态的损害，呈红色、



黄色、淡褐色等多种色泽，类似湿疹、播散性神经性皮炎、银屑病、脂溢性皮炎、扁平苔藓等皮肤病。数月或数年进入浸润期，表现为大小不一，不规则深红色明显隆起的浸润性斑块，坚实而有弹性，表面紧张发亮，边缘清楚。最后发展为肿瘤期，在浸润损害的基础上出现大小不一的圆顶状、深红色结节、肿块，直径从数厘米至10多厘米，好发于头皮、面部和四肢近端。部分患者有淋巴结肿大及肺、肝、脾、肾等损害。

蕈样肉芽肿早期病理 无特异性，无诊断意义。浸润期表皮有微脓肿，真皮有蕈样肉芽肿细胞。肿瘤期真皮、皮下组织有大量蕈样肉芽肿细胞。

蕈样肉芽肿早期临床和组织病理无特异性，故不易诊断。当出现形态多样的皮肤损害，难以用一种皮肤病来解释，即像某一种皮肤病，又似另一种皮肤病。当皮损不断增多，药物难以控制时，应当高度警惕皮肤淋巴瘤，即蕈样肉芽肿的可能。

8. 易被忽视的急性白血病迹象

急性白血病的主要临床表现，如发热、进行性贫血、出血、骨关节痛、肝、脾、淋巴结肿大等已为人们熟知，但有些特殊迹象可在急性白血病的早期出现，却很容易被忽视。了解这些迹象对早期诊治白血病有重大意义。

齿龈肿大 急性白血病患者发生齿龈肿胀、糜烂、出血是很常见的。齿龈增生沿着唇侧和舌侧很快发展，并有明显充血和似海绵状的肿胀，质地松软，有时可覆盖牙冠。局部尚可有坏死、出血和感染，因而常有严重的口臭味。这种肿张是因单核细胞浸润黏膜所致。一些学者指出，齿龈增生常是白血病的首发表现。

可引起齿龈增生的疾病很多，如妊娠期肥大性龈炎，苯妥英



钠(治癫痫的药)引起的齿龈增生、肥大性龈炎等,但这些齿龈增生均无坏死,没有白血病细胞浸润。因此,对原因不明的齿龈增生应作病理学检查。

坏死性脓皮病　这是白血病患者对白血病细胞的一种特异性皮肤反应,可作为首发症状,通常在1年内发生急性非淋巴细胞白血病或慢性粒细胞白血病。皮肤损害为单发或多发,先为疼痛性小红斑,继之发生水疱,多分布于下肢胫前,也可先发生于注射或损伤的皮肤,以后逐渐向近端肢体、躯干扩展。这种损害很容易继发感染,但用抗生素治疗无效。

特殊的皮肤病　急性热病性中性粒细胞增多性皮肤病,表现为发热、疼痛性皮损,皮肤呈暗红色或棕红色,圆形或椭圆形或不规则隆起、红斑或结节,可有大泡及溃疡,边缘清晰,质硬有触痛。中央可吸收而呈环状,其边缘则出现簇集性白色光泽水泡状颗粒或乳头状隆起。多分布于颜面、颈、上肢,也可累及下肢和口腔黏膜。伴有发热、关节肿痛、肌肉疼痛、结膜炎、虹膜炎、蛋白尿、血尿等。重者可发生肾功能衰竭、肝炎样表现及肺浸润等。

该病的患者中,约存在10%隐匿急性非淋巴性白血病,所出现的皮肤症状也是患者对白血病细胞的反应。抗生素治疗无效,而皮质激素有较好治疗作用。

白细胞瘀滞　这是白细胞密集堆积于小血管内后所出现的一组症状。脑小血管白细胞瘀滞时,患者很快出现眩晕、视力障碍、共济失调、搐搦、谵妄、嗜睡、木僵或昏迷等症状。脑电图有弥漫性慢波,脑脊液中并无白血病细胞。肺小血管白细胞瘀滞时,表现为呼吸急促、呼吸困难、发绀、心动过速、低氧血症。胸片可见两肺弥漫性结节状或絮状阴影。有的在症状出现数小时后才有胸片变化。心电图无心室肥厚及缺血性改变。血气分析有明显的低氧血症。



白细胞壅滞现象多见于急性非淋巴细胞白血病，当外周白细胞＞100×10^9/升时即可发生，如果＞200×10^9/升时，几乎都有小血管内白细胞壅滞。白细胞壅滞中的白细胞是病态的，也即是白血病细胞，由于增殖过快，存积在各器官血管中，便可出现相应的病理现象，其中以脑、眼、肺等部位最为多见。有时白血细胞壅滞现象十分突出，出现时间较早，此时如能及时识别，对白血病的诊断无疑是十分有意义的。

值得提出的是，全反式维甲酸是目前治疗急性早幼粒细胞白血病的最有效药物，完全缓解率达90%左右。但是，在治疗过程中可出现白细胞增高，引起白细胞壅滞，从而出现多种不良病症，甚至威胁生命，此点不可不知。

上述齿龈、皮肤出现的异常情况以及白细胞阻塞小血管后发生的症状，可以是白血病的早期症状或惟一症状。了解这些白血病的特异表现，对改善预后是重要的。有意义的是，这些齿龈、皮肤的异常，容易被患者自己发现，如果有这些现象，即使未感到全身不适，也应该及时前往医院诊治，不可掉以轻心。

9. 急性白血病有哪些征象

白血病是一种造血系统的恶性肿瘤　其主要表现为异常的白细胞及其幼稚细胞（即白血病细胞）在骨髓或其他造血组织中进行性、失控制地异常增生，浸润各种组织，使正常血细胞生成减少，产生相应的临床表现，外周血白细胞有质和量的变化。

一般可将白血病分为急性白血病和慢性白血病。急性白血病的病情发展迅速，骨髓及外周血中以异常原始及早期幼稚细胞为主，原始细胞一般要超过30%。慢性白血病的病程较缓慢，骨髓及外周血中以异常的成熟细胞为主，其次为幼稚细胞，原始细胞常不超过10%～15%。

贫血症状和血小板减少　急性白血病患者贫血的症状常出现得早而且较为严重，呈进行性发展，确诊时约60%以上患者血红蛋白低于60克/升。以出血为早期表现者占成人急性白血病的38.6%。急性白血病的死因中，约2/3死于出血，其中87%为颅内出血。血小板减少是急性白血病出血的重要原因，95%患者有血小板减少。成人急性白血病以发热为早期表现者占1/2，发热常伴感染。以口腔炎最多见，齿龈炎、牙周炎、咽峡炎尤其明显。有时高热而感染灶却不易发现。但急性白血病发热常提示存在感染。淋巴结肿大以急性淋巴细胞白血病发生率最高，初诊时可达80%。

肝脾肿大、关节肿胀等表现　急性非淋巴细胞白血病者淋巴结肿大在成人仅10%，而儿童可达60%。急性白血病常有轻度到中度肝肿大，脾肿大十分常见，初诊时70%急性淋巴细胞白血病和35%急性非淋巴细胞白血病有脾肿大。骨病也较常见，剧烈者可呈持续性有炸裂感。胸骨下端压痛也甚常见。以关节肿胀为首发症状者多见于小儿，常被误诊为风湿性关节炎或类风湿关节炎。白血病的眼部表现常由白血病细胞浸润或出血引起。急性白血病的口腔表现可由浸润、感染和出血引起，表现为巨舌、齿龈增生、口腔黏膜溃疡和出血等。

其他临床症状　除了上述主要征象外，急性白血病还可引致肺(肺部感染、肺浸润、胸膜炎、血性胸腔积液、肺部血管白细胞淤滞等)、心脏(心肌和心包浸润、心律紊乱、心衰等)、胃肠道(胃肠出血、腹泻、肠梗阻等)、泌尿及生殖系统(睾丸炎、肾浸润、阴茎异常勃起等)、神经系统(脑膜白血病、脑神经浸润等)、代谢紊乱表现(最常见的是高尿酸血症，其他有高血糖、高血钾、高血磷和低血钙)。

凡出现急性、进行性、严重的贫血，血小板明显减少和严重出血，反复高热和感染，淋巴结和肝脾肿大，急性严重骨病和关



节肿痛，口腔严重炎症等症状时，必须考虑患急性白血病的可能。

10. 慢性粒细胞白血病的征象

慢性粒细胞白血病　它是一种起源于多能干细胞的肿瘤性增生疾患，其临床特点是粒细胞显著增多，脾脏明显肿大，病程较缓慢，大多以急性变而死亡。

慢性粒细胞白血病的症状　在各种年龄均可发病，但以中年最常见。早期多无症状，偶然因发现粒细胞增多或脾肿大而被确诊。患者除有低热、消瘦及乏力症状外，可有因脾肿大压迫胃肠而引起食欲减退、左上腹坠痛等消化道症状。疾病早期已可触及脾脏，晚期患者几乎都有脾肿大，甚至可占满全腹而进入盆腔，质地坚硬而表面光滑。脾栓塞或脾周围炎并发症较其他白血病为多见。约40%患者有肝脾肿大，约75%病例有胸骨压痛，但淋巴结肿大以及皮肤、眼眶和骨组织浸润很少见。当外周血白细胞>60×10^9/升时可有视网膜静脉扩张、增粗及出血，伴渗出物及结节，当白细胞计数>200×10^9/升时常发生白细胞瘀滞症，可导致中枢神经系统出血、阴茎异常勃起。

白细胞计数可高达100×10^9/升或更多，主要为中性中幼粒、晚幼粒和杆状核细胞，原粒细胞不超过5%。

慢性粒细胞白血病的征象是脾脏显著增大、外周血粒细胞增多、胸骨压痛，凡有此现象者应重视。

11. 慢性淋巴细胞白血病的征象

慢性淋巴细胞白血病　引发该病的是一群无免疫活性的淋巴细胞，其存活期长，增殖缓慢，逐步积累而浸润骨髓、血液、淋



巴结和各种器官，最终导致造血功能衰竭，可分为 T 细胞和 B 细胞两种慢性淋巴细胞白血病。

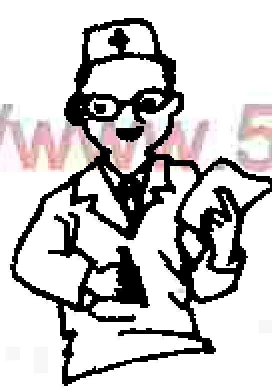
慢性淋巴细胞白血病的临床症状 该病多见于老年，90% 在 50 岁后发病，男性比女性多 2 倍。典型临床表现为全身淋巴结肿大(颈、锁骨上、腋下、腹股沟等)，一般质软，互不粘连；脾脏常肿大；乏力、体重减轻、腹胀、厌食为常见症状。有时偶因血常规检查，发现淋巴细胞增多而确诊。T 细胞型慢性淋巴细胞白血病的临床表现与 B 细胞型基本相似，但前者的皮肤结节和全身性红皮病较后者为多见，贫血和血小板减少出现较早。B 细胞型慢性淋巴细胞白血病的中数存活期 3～4 年，而 T 细胞型较短，仅 8 个月。

慢性淋巴细胞白血病血液中白细胞增多 达$(20\sim600)\times10^9$/升，其中 95%为成熟小淋巴细胞(虽成熟但免疫活性功能缺陷)。外周淋巴细胞绝对值持续增多($>6\times10^9$/升)在 3 个月以上，结合骨髓增生，成熟淋巴细胞≥40%，除外其他引起淋巴细胞增多疾患，如病毒感染、结核、淋巴瘤等，可考虑本病诊断。必须指出，全身淋巴结、脾肿大者必须进一步检查。

12. 毛细胞白血病的征象

毛细胞白血病 它是 B 淋巴细胞的增殖性疾病，早年曾称为白血病网状内皮增生症。大多数毛细胞具有 B 淋巴细胞特征，能合成及分泌单克隆免疫球蛋白，所以毛细胞白血病是由成熟的 B 淋巴细胞演变而来。

临床症状 发病患者较慢性淋巴细胞和幼淋巴细胞白血病为年轻，多数在 40～50 岁。临床表现以发热、脾肿大及贫血为特征。脾肿大最为常见，占 70%～90%，肝肿大占 50%，但淋巴结肿大罕见。2/3 的患者以不同程度的全血细胞减少为主要临




床表现，至少有两系列血细胞减少，往往影响血小板及中性粒细胞。也可以脾肿大或骨髓累及为主要表现。绝大多数病例兼有骨髓累及（找到典型的毛细胞、骨髓增生）、血细胞减少及脾肿大。毛细胞白血病的另一个特征是可伴有全身性脉管炎，有溶骨性病变者可类似骨髓瘤，多累及股骨。至少有 1/3 患者常继发感染，除革兰阴性杆菌及病毒外，尚有分枝杆菌感染（如结核杆菌等），其发生率较其他血液病为高。粒细胞减少，特别是单核细胞减少，常是分枝杆菌易感染的原因。

血常规检查 除可见全血细胞减少外，外周血中可找到毛细胞，毛细胞是一种单核细胞，边缘可见清晰的长绒毛。

13. 哪些儿童易患白血病

吸烟的孕妇害了后代 在妊娠期，每天吸 10 支烟以上的孕妇，其后代患癌症的危险性比正常人增加 50%，患急性淋巴细胞白血病的危险性增加 1 倍。

家住输电线路附近的儿童易患白血病 据美国有关资料统计，约有 15%的白血病儿童是因为输电线路附近的磁场造成的。

接触化学品的子女易患白血病 工作时接触化学药品者，其子女患白血病的机会较大，据上海市肿瘤研究所的一项研究成果揭示，儿童白血病的发生除了与本身服用氯霉素有密切关系外，与其父母从事的职业也有关。父母如果从事汽油、甲苯、煤油、农药等暴露性职业，均可造成胎儿、婴儿损伤，诱发白血病。

白血病的先期症状 ①不明原因的发热、贫血、出血、肝脾和淋巴结肿大、关节疼痛或胸骨压痛。齿龈肿胀糜烂久治不愈，皮肤出现紫癜、瘀斑、鼻出血。②原因不明的白细胞减少，久治无效；原因不明的白细胞增多，单核细胞比例增高。③小儿再生障碍性贫血，用肾上腺皮质激素（如泼尼松等）治疗效果显著。④曾



服用氯霉素而致贫血，白细胞或全血细胞均减少，一般治疗无效。凡上述4项中有1项出现者，均应考虑是否有白血病的可能。

14. [illegible]

什么是骨髓增生异常综合征 有一类患者，主要临床特征是贫血，常有感染和出血；血象表现为全血细胞减少，或任何一系、二系血细胞减少；骨髓增生活跃，三系血细胞有显著的病态造血，原始细胞和早期细胞稍增多，偶尔还出现在血液循环中，但还不足以诊断为白血病。由于此病较易进展为白血病，因而以往曾称为白血病前期，简称白前，现则统一称为骨髓增生异常综合征。

该征的临床征象多种多样 通常起病隐匿。发病者成人多于儿童，老年人比例更高。几乎所有患者均有头晕、乏力、衰弱、食欲减退和长达数月至数年的贫血症，这种贫血很难用铁剂等药物纠正。并发症以出血和感染为多见。肝、脾肿大者20%～70%不等，但淋巴结肿大者不多。血象常表现为全血细胞减少或一系或两系血细胞减少，其中起病即全血细胞减少者约占1/3。大多数患者均有贫血；血小板减少者约占50%，随着病程进展血小板的计数减少者更多；白细胞减少也很多，而转变为白血病前白细胞计数增高。该征的骨髓象表现呈病态造血现象，并常伴有纤维化，因此，出现骨髓不易抽出（“干抽”现象）。

现认为，凡出现不明原因难治性贫血者必须考虑骨髓增生异常综合征的可能。

15. [illegible]

多发性骨髓瘤 又称浆细胞骨髓瘤，是分泌免疫球蛋白的

http://www.55188.com理想在线证券网



单克隆(株)浆细胞恶性增殖性疾病。浆细胞在骨髓内大量增生、浸润骨骼,引起广泛溶骨性破坏,临床上出现骨痛、病理性骨折、高钙血症和贫血,血清中 M-蛋白增多,正常免疫球蛋白减少,临床上常有感染、出血及肾功能衰竭等表现。

多发性骨髓瘤是一种常见肿瘤　在美国,其发病率占所有恶性肿瘤的 1%,占血液肿瘤略超过 10%。据文献报道,世界上大多国家本病的发病率在显著增加,我国同样如此。本病常见于中老年人,国外资料显示诊断时平均年龄为 62 岁,只有不到 2%的患者低于 40 岁。

临床症状　骨痛是多发性骨髓瘤患者早期最常见的症状,约见于 70%患者。疼痛多位于腰骶部和胸背部,特点是活动后疼痛加剧,夜间减轻或消失,不同于转移性骨癌引起的骨痛,但正因为这个特点,常被误认为一般的腰骶痛。该病由于分泌的某些因子能激活破骨细胞,故可导致骨质疏松和溶骨性破坏。溶骨性损害最常发生于颅骨、锁骨、肋骨、骨盆及肱骨、股骨的上段,常引起病理性骨折。溶骨性损害、骨质疏松和病理性骨折是引起骨痛的主要原因。

约有 1/4 患者存在高钙血症　骨质吸收增加是引起高钙血症的主要原因。表现为食欲不振、恶心、呕吐、便秘、乏力、意识模糊和昏睡等。

约有 2/3 患者有贫血　并随病情进展而加重,患病后期,贫血可见于所有患者,贫血主要由于骨髓瘤细胞对骨髓浸润使红细胞生成减少。此类患者有出血倾向,表现为皮肤黏膜瘀点、渗血,晚期可有内脏出血。

诊断时约 30%患者有肾损害　在病程中约 50%患者有肾功能不全,表现为蛋白尿、管型尿及血肌酐、尿素氮升高。肾功能衰竭是多发性骨髓瘤患者主要死亡原因之一。

截瘫性神经痛　由于脊椎骨破坏压缩,或浆细胞瘤压迫脊



髓和神经根，引起截瘫和神经痛，约10%的多发性骨髓瘤患者。

感染是引起患者死亡的另一主要原因 表现为肺炎、尿路感染，甚至败血症。病毒感染以带状疱疹多见。

典型病例诊断不难，但由于本病表现多种多样，首发症状表现不一，对早期的和不典型的病例常易造成误诊或漏诊，误诊率达50%以上。常易误诊为腰肌劳损、老年性骨质疏松、慢性肾炎、骨肿瘤或骨转移癌、再生障碍性贫血等。学者们认为，凡中老年人出现骨痛、贫血、蛋白尿、高球蛋白血症时，必须疑及多发性骨髓瘤而作进一步检查。

[illegible]

癌细胞可侵袭全身组织，血液系统也不例外，例如红细胞、白细胞、血小板，在癌症的发病过程中均会出现相应的异常改变，有些还是早期征兆。

癌和贫血 癌症患者中的血细胞异常以贫血的发生率为最高，有人报道406例癌症患者中贫血占26.8%。一般认为，消化系统肿瘤贫血的发生率较高，程度也较严重，且在癌症早期即可出现，其原因是消化系统肿瘤容易发生溃疡，常伴有多量持续性失血。癌症患者的贫血原因还与食欲不振、造血原料缺乏，特别与造血所需的维生素缺乏有关。

癌和红细胞增多 癌症患者发生红细胞增多的现象不是很多见，但在肾腺癌、肝癌、胆管癌、胃癌肝转移、前列腺癌的患者中还是经常可以出现的。肾肿瘤中红细胞增多的发生率为1.8%～2.6%、肾上腺瘤为1.8%～10%、肝癌为10%。红细胞增多和肿瘤的进展相平行，肿瘤切除后增多的红细胞可下降，肿瘤复发红细胞再度上升。因此，癌症患者如果红细胞过多绝不是一件好事，应该充分重视。



癌和白细胞异常　恶性肿瘤患者常有白细胞增多。中性粒细胞增多的可见于肺癌、胃癌、胰腺癌、肾癌、膀胱癌、口腔癌、甲状腺癌、皮肤肿瘤，其发生率约5.1%。单核细胞增多可见于肺癌、食管癌、胃癌、胰腺癌、口腔肿瘤，其发生率约1.7%。嗜酸粒细胞增多可见胃癌、胰腺癌、甲状腺癌、脑瘤，其发生率在0.8%左右。以中性粒细胞增多较为多见，单核细胞增多常同时伴有中性粒细胞增多。胰腺癌患者白细胞的改变尤为显著，中性粒细胞增多者也占26.7%，单核细胞增多者占6.7%，嗜酸粒细胞增多者也有6.7%。甲状腺癌患者中性粒细胞增高者占10%，肝癌占8.7%。癌症患者白细胞增多以中性粒细胞增多为主，而白细胞总数一般正常，这种改变是进展期癌必然发生的变化，值得注意。当癌肿转移，或有浆膜、骨转移，或坏死倾向显著时，嗜酸粒细胞增多明显。

癌和血小板异常　当骨髓功能无异常时，由于出血可导致血小板生成增多，血小板凝集功能亢进，恶性肿瘤患者也不例外，消化系统肿瘤出血多时血小板数量常增多。但是，即使在无明显失血情况的肺癌、胰腺癌、生殖器癌、皮肤癌患者身上，也可见有血小板增多，有人报道甚至可高达500×10^{9}/升以上。血小板增多在所有癌症中的发生率约为1.6%，皮肤癌最高，达6.7%。

癌和微血管溶血性贫血　微血管溶血性贫血的临床表现是急剧发生溶血症状，网织红细胞增多，血小板显著减少，小便色深，严重贫血，常需大量输血。这种现象多为恶性肿瘤广泛转移所致，特别是广泛转移的黏液细胞癌。癌肿患者合并微血管溶血性贫血时预后不良，平均生存期不超过21天。

白血病与血细胞异常　人们一般认为白血病这种恶性肿瘤可以有许多血细胞异常，其他癌肿似乎不会存在这方面的问题，然而实际上不论哪一类恶性肿瘤或多或少都有红细胞、白细胞、



血小板、凝血方面的不正常情况。比如消化系统肿瘤多有贫血(红细胞异常减少);肾肿瘤、肾上腺肿瘤、肝癌经常出现红细胞增多;肺癌、胃癌、胰腺癌、口腔癌等多有中性粒细胞或单核细胞增多;甲状腺癌、脑瘤和胃癌、胰腺癌存在嗜酸粒细胞增多现象;特别需提出的是,在胰腺癌、甲状腺癌和肝癌中白细胞增高者甚为多见。血细胞的异常不仅在癌肿发展阶段或晚期时出现,有时在癌肿早期即可存在,这显然有助于癌肿的早期诊治。

上述癌肿患者出现的血细胞异常是指未经治疗时的状态,当采用化疗、放疗后血细胞大多发生明显下降,这是化学药物或射线对骨髓抑制的结果,不属于癌肿的血细胞异常范畴。

六、泌尿、生殖系统

1. 早识肾癌真面目

被认为是肾癌典型症状的血尿、肿块和腰痛，实际上多属晚期表现，已失去早期诊断意义。大部分患者在典型的症状出现之前 2～6 个月，甚至 1 年以上即有多种多样变幻不定的肾外症状出现，如能掌握这方面的特点，无疑对于早期诊治肾癌有极大的帮助。

代谢异常　发热是代谢亢进的表现，10%～20%的肾癌患者可出现发热，表现为低热伴盗汗、中等度发热或高热。热型为间歇热(体温急骤上升达 39℃以上，持续数小时或更长，然后下降至正常，经数十小时或数日的间歇又再次上升，如此反复发作)或弛张热(体温 39℃以上，波动大，24 小时内体温差别达 2℃以上)。肾癌的部位较深，本身固有的症状难以在早期被识别，而发热有时是惟一的表现。中年以上原因不明的发热，同时伴有血沉显著增速而又无其他可资解释的原因时，应考虑肾癌的可能。

因癌细胞大量消耗人体内的营养物质，在代谢上入不敷出，故患者多消瘦、乏力，精神不振和胃肠道功能紊乱，肾癌患者这方面的现象更加明显。

血象上的蛛丝马迹　贫血为恶性肿瘤常见的现象之一，肾癌似乎更为明显，其原因大多与血尿(失血)无关，主要是骨髓造血功能受抑制、红细胞生成因子缺乏以及营养不良的结果。研



究表明，约25%的肾癌患者有血清铁降低现象，肾癌术后生存期长者血清铁可恢复到正常，死于转移患者无1例达到正常水平，说明血清铁有可能是肾癌患者预后判断的一项有用的指标。少数患者在临床上不具有明显症状时即有血清铁低下的情况。

白细胞升高在肾癌患者中相当突出，白细胞数高者常提示预后不良，人们熟知甲胎蛋白是诊断原发性肝癌的特异性指标，但肾癌患者有时也会阳性。

心血管病变的启示 9%～28%的肾癌患者有高血压现象，有时高血压甚至是肾癌的惟一表现。不少学者指出，短期内出现血压升高的患者，除考虑高血压病外，还应当考虑由其他疾病引起的症状性高血压，特别要注意肾癌引起的高血压。肾癌引起高血压的原因是癌细胞生成了一种称为“肾素”的物质，而肾素可促使肾动脉收缩，导致血压升高。此外，肾癌肿块压迫肾动脉也是一个因素。

肾癌患者并发肾静脉血栓形成者占19%～50%。美国每年约有1.5万名新肾癌患者发生，其中半数死亡，而有4%～10%患者死于肺动脉栓塞。肺动脉之所以栓塞，主要的血栓栓子便来自肾静脉。

急性左侧精索静脉曲张是左肾肿瘤的特异性体征，因左侧精索内静脉血液流入左肾静脉，当肾癌细胞阻塞了左肾静脉或肿块压迫左侧精索内静脉后，便可发生左侧精索静脉曲张。由于解剖上的原因，左侧的精索静脉容易曲张。这种曲张在人平卧后并不消退，与一般的精索静脉曲张不同。如癌肿形成的癌栓进入下腔静脉，则可造成会阴部静脉曲张及水肿。

不正常的激素分泌 肾癌细胞有生成多种激素的能力，而这些激素不属于肾脏固有的激素性质。3%～4%的肾癌患者会发生红细胞增多症，这是肾癌细胞分泌红细胞生成因子造成的。切除肾肿瘤后，血细胞可恢复正常，如肿瘤复发，红细胞又急剧



上升。国外学者强调，凡红细胞增多症伴有血尿、血沉增快时，应警惕肾癌的可能。

肾癌时血钙显著升高，尿钙排出增加，并且同时出现中枢神经功能紊乱，表现为定向障碍、行为异常及精神病等，也可发生昏迷或突然死亡。

此外，肾癌患者还可出现低血糖、乳溢、库欣综合征（满月脸、水牛背、长胡须、多痤疮、肌肉萎缩等）现象。

综上所述，肾癌的早期迹象：莫名其妙发热、消瘦、血清铁下降、血钙升高、白细胞升高、高血压、左侧精索静脉曲张。

2. 膀胱癌有哪些早期信号

膀胱癌的早期信号中最主要的是血尿　不少医学著作上都写有："无痛性肉眼全血尿的出现，要高度警惕罹患膀胱癌"。现代医学发现，大多数血尿不伴有腰痛或排尿疼痛的病例，有罹患泌尿道肿瘤的可能，而一些非肿瘤疾病，如尿结石、肾结核、尿路感染等均有剧烈的肾绞痛，腰部多有疼痛或排尿疼痛，所以不伴疼痛的血尿并非好事，伴有疼痛的血尿却大多是良性的。什么是全血尿呢？如果在排尿初期（初段尿）出现血尿，病变可能在前尿道；出现在排尿终末（终段尿），病变可能在后尿道；全部尿液自始至终都有血，则病变在膀胱水平以上的泌尿道，这种情况便称为全血尿。膀胱癌的血尿可以突然发生，尿液颜色变得血红，还伴有圆球状血块，肉眼一看便知，往往不需要显微镜检查。因此，膀胱癌的血尿归纳下来有 3 种特点：无痛性、全血尿、肉眼可狗崽子。有资料表明，几乎 95%左右的膀胱癌患者都有上述特征的血尿症状，应予以足够的重视。

膀胱癌的另一个早期信号是膀胱刺激症状　所谓膀胱刺激症状是指发生尿频、尿急或尿痛的临床表现。约 50%的膀胱癌



患者存在膀胱刺激症状。由于膀胱癌不断长大，大量毒素刺激以及肿瘤出血坏死、溃疡形成，会刺激造成膀胱排尿功能异常，表现为排尿次数增多，尿意频繁，一旦有了尿意急需排尿，难以忍受等现象。那么，尿痛又是怎么回事呢？不是说膀胱癌排尿不伴有疼痛吗？其实，这不是绝对的。当膀胱癌伴有炎症时，就会出现尿痛。

除此之外，如果癌肿正好长在膀胱"出口"的膀胱颈部，会引起排尿阻塞，或者膀胱癌出血量较大，形成许多血块，阻塞在膀胱出口处，就会发生排尿困难或尿潴留现象。

实验室检查和影像检查 发现上述信号后，应立即做如下检查：①新鲜尿液找肿瘤细胞：连续2～3日，每日收集新鲜的中后程尿液30～50毫升，立即送检验。②膀胱区域B超检查：可以显示突出在膀胱内腔膀胱癌肿块或溃疡，明确它的部位、大小以及向膀胱壁内浸润的深度，也可观察肿瘤是否已侵犯至膀胱的以外。③膀胱X线造影检查：将含碘的造影剂注入膀胱内，随即进行X线摄片。可显示膀胱形态是否正常，膀胱壁是否完整，膀胱腔内是否由于肿瘤突出而造成造影剂的充盈缺损等征象。④膀胱镜检查：这是诊断膀胱癌极其重要的一项检查，不仅可观察到癌肿的部位、大小、范围，而且通过膀胱镜能钳取一小块肿瘤组织，通过病理学检查作出确切的诊断，同时有助于制订治疗计划。

3. 青少年出现的血尿

肾癌又称肾细胞癌 它是肾脏恶性肿瘤中最常见的一种，好发于中老年人。过去，权威人士怀疑是否有儿童肾癌存在，现已证实，青少年及儿童也可发生肾癌，最小发病年龄仅为1岁。一般将患者年龄小于20岁的肾癌称为青少年肾癌。青少年肾



癌占所有肾恶性肿瘤的0.5%，但占儿童癌症的第6位。近年来，因B超、CT等检查的广泛使用，其发病率日趋增多。青少年肾癌的发病年龄集中于12～20岁，发生部位以右肾为多。成人肾癌男性多于女性，青少年肾癌也是男性多于女性。

青少年肾癌的临床表现多种多样 它被称为“有趣的肿瘤”。其基本症状与成人相同，即血尿、肿块、腹痛三大症状，但同时出现三联征的情况比成年人少得多。大部分患者可在侧腹部触及实质性的包块。导致患者就诊的主要原因是腹部包块和发现肉眼血尿。此外，患者常有长期低热、贫血、乏力、恶心、血沉加快等肾外症状。青少年肾癌的临床特点之一是肿块易受外界力量的损伤，因为，其肿块相对较大、质地脆，加之青少年好活动，易遭外伤。另一个特点是出现钙化灶，约有1/4患者可在X线平片上发现密度较高的钙化点，有较大的临床意义。

青少年肾癌很容易误诊 为什么呢？其原因很多，主要是医生和患者家长对青少年肾癌未予足够重视，一方面往往满足于所发现的良性疾病，如尿中出现红细胞时只考虑到肾炎、肾结石等，另一方面若某次项目检查阴性就不再作进一步检查和定期复查。结果，当症状加重时多已属晚期，这应引以为戒。

青少年肾癌早期症状隐匿 早期诊断困难，当出现腹块、血尿、腹痛三联征时往往已是晚期。有的患者仅有肾外症状，故对青少年中有长期不明原因的发热、贫血、乏力、血沉加快者，即使未见血尿和腹块，也要作泌尿系统检查，以便作出早期诊断。B超、CT等检查在青少年肾癌的诊断中功不可没。一般来说，运用B超检查能发现肾脏实质性占位病变，并可了解其大小、部位、毗邻情况，对术前分期、肿大淋巴结定性还优于CT检查，故被认为是最安全可靠、价廉而非损伤性的诊断肾癌的检测措施。

治疗手段 20世纪70年代以前，对癌肿未侵及肾被膜者均行单纯肾切除术。现在发现，行根治术的肾切除患者，10年



生存率明显高于单纯肾切除的患者。肾癌对放疗、化疗均不敏感，有时仅作为辅助治疗手段。

青少年可以发生肾癌，而症状多不典型，对此应有足够的认识。

4. 高血压、肌无力与肾上腺肿瘤

某中年女性，有多年高血压史。年前开始感到全身明显乏力、酸痛不适，虽经针灸、推拿、内科及骨科治疗，然而病情日甚一日。一次在推拿后突然下肢不能活动，约过 2 小时方能稍稍移动，但乏力感仍极明显。此后，类似的情况反复发作，程度逐渐加重。医生怀疑是周期性麻痹，建议做心电图和血钾检查。心电图显示典型缺钾性表现，血钾为 1.5 毫摩尔/升(正常值为 4.1～5.6 毫摩尔/升)。于是，诊断为低血钾周期性麻痹。通过静脉滴注和口服途径大量补钾，出乎意料的是血钾依然未能保持正常水平，周期性肌肉麻痹仍然不断发生。于是，进行全身检查，结果在对肾脏 B 超检查探测中发现，右侧肾上腺上端有块状阴影，拟诊为肾上腺皮质肿瘤。手术切除后所作的病理检查证实是肾上腺皮质腺瘤。术后，患者的血钾很快恢复正常，肌肉麻痹和无力症状完全消失。

这是一例由肌无力、肌麻痹症状而发现的低血钾，再根据无法纠正的低血钾状态最后查到肾上腺皮质腺瘤的患者。临床上，这种病极易被误诊、误治，因此对此需警惕。

肾上腺虽小，作用不可低估　人体中，肾上腺左右各一，位于两侧肾脏的上方，故名为肾上腺。右侧肾上腺呈三角形，左侧常为椭圆形或半月形。每侧肾上腺的重量虽只有 4 克左右，但其作用却不可低估。肾上腺的最外一层叫皮质。皮质层又分为 3 种细胞带，最外层的球状带，能产生醛固酮，中间和里层为束



状带和网状带，能产生其他激素。皮质层的球状带容易发生肿瘤，以良性居多。

肾上腺皮质腺瘤的症状　肾上腺皮质腺瘤可分泌大量的醛固酮，而醛固酮分泌过多又会使人体从尿排出大量的钾、镁，所以血钾随之下降，血钠却可明显增高。血钠升高后，体内水分和血浆容易也随之增加，因而引起血压升高。高血压是该病最早和最主要的症状，但也许因高血压发病率较高，往往未能引起这方面的联想。在高血压出现后的典型症状便是显著的肌无力，患者常会无缘无故地跌倒（常被称为"软腿子"），严重者会发生肌肉麻痹。

治疗措施　肾上腺皮质腺瘤虽是良性肿瘤，手术切除后效果良好，但人们往往没有将高血压、肌肉无力症状、肌肉麻痹与之联系，故早期时极易被忽视。当疾病发展到一定程度时，具有相当的危险性。例如，下肢乏力容易跌跤，造成意外。血钾过低会引起吞咽肌、呼吸肌麻痹，从而威胁生命。长期缺钾引起肾小管变性或坏死，使肾小管功能严重减退，其主要表现是夜尿量大大增多。此外，还可导致心律紊乱致死。因此，如有高血压史，同时伴有难以解释的疲软症状时，应当及时检查肾上腺。

5. 常见的儿童肿瘤：肾母细胞瘤

肾母细胞瘤　这是小儿最常见的腹部恶性肿瘤，在儿童肿瘤中，其发病率国外认为仅次于神经母细胞瘤，但在我国发病情况略多于神经母细胞瘤。肿瘤主要发生在生后最初 5 年内，全世界基本相同，特别多见于 2～4 岁。

肾母细胞瘤发病初期常无症状　大多是在无意中发现患儿腹部有肿块而去医院就诊，一般系母亲替小儿洗澡或穿衣时，或医护人员因其他原因做全身检查发现腹部有包块存在。肿块位



于腹部一侧肋下，呈椭圆形，表面光滑平整，质地坚实，无压痛，肿瘤比较固定，不能移动。肿块大小不一，较大的甚至可占全腹的1/3～1/2。因此，对于肾母细胞瘤来说，腹部肿块是最为常见的首发症状，有人认为经常摸摸小儿的腹部，看看有无包块，是早期发现肾母细胞瘤的重要措施。

第一信号：腰腹痛 有人报道25%的肾母细胞瘤的第一症状是腰腹痛。事实上，由于疼痛大多不严重，小儿又不善叙述，故多数未被察觉。偶尔，患儿可有骤然的发作性疼痛，这乃是肿瘤内突然出血，肾包膜过度膨胀或血块阻塞了输尿管所致。肾母细胞瘤患儿往往有模糊不清的消化道症状，如恶心、呕吐和食欲减退等。

血尿发生于20%的病例 约10%病例血尿作为首要症状被引起注意而作出肿瘤的诊断。一般为无痛性和间歇性全血尿，量不多，有时伴有血块。然而，在大多数情况下，血尿是一个较晚期的症状。尿液显微镜检查，约1/3的病例含多个红细胞，因此，若有怀疑时，经常检测尿液常规检查是重要的。

此外，肾母细胞瘤患儿可有不同程度的发热，多为间歇性，很少超过39℃。伴有轻度或中度高血压的儿童也不少见。

肾母细胞瘤有一定的家族性发生倾向 发生率约1%。也有人认为有遗传性，一家几个孩子可先后发生肾母细胞瘤。12%～15%的肾母细胞瘤可伴有其他先天性畸形，常见的有：①虹膜缺如、先天性白内障、头小畸形、头面异形、耳郭异常、泌尿系统畸形、智力迟钝等。②半身肥大，一般为半侧身体全部肥大，或仅下肢肥大。婴儿期多未被发现，在诊断肿瘤时甚至以后始被注意到。偏身肥大的发生率在人群中为1∶14 300，而在肾母细胞瘤患儿中，32例就有1例有半身肥大，女孩更多见。③泌尿生殖系统畸形，发生率为4.4%，如肾重复畸形、马蹄肾、多囊肾、异位肾等，并发尿道下裂和隐睾者也不少见。



6. 嗜铬细胞瘤和高血压

嗜铬细胞瘤 分泌儿茶酚胺的肾上腺髓质肿瘤称为嗜铬细胞瘤。肾上腺髓质外的交感神经系统也存在分泌儿茶酚胺的细胞，由这些细胞产生的肿瘤称为肾上腺外的嗜铬细胞瘤。因此，嗜铬细胞瘤可分为肾上腺和肾上腺外两种，其中，肾上腺嗜铬细胞瘤占所有嗜铬细胞瘤的80%～90%。

高血压为最突出的临床症状 嗜铬细胞瘤是分泌儿茶酚胺的功能性肿瘤，正常人有3种天然的儿茶酚胺，即多巴胺、去甲肾上腺素和肾上腺素，而这些物质均可引致高血压，因而高血压是该肿瘤最为常见、最重要、最先出现的症状。嗜铬细胞瘤并不罕见，估计占高血压病例中的1‰～5‰，各年龄组均可发生，儿童占10%左右，发病高峰年龄是20～40岁。虽然嗜铬细胞瘤的表现多种多样，但高血压是最为突出的症状。凡起病年龄轻、高血压呈进展性或恶性过程，对降压药物治疗效应不佳，或因麻醉、手术、分娩、血管造影等诱发高血压危象者均应首先考虑嗜铬细胞瘤。

持续性高血压 多数嗜铬细胞瘤病例高血压是持续性高血压或持续性高血压阵发性加剧。患者同时表现代谢亢进，因而出现体重减轻或儿童病例不能维持他们应有的体重；还有糖尿、头痛、视物模糊、面色苍白、心悸和心动过速、季肋部或心窝部痛。

部分病例高血压为发作性高血压 发作性高血压是嗜铬细胞瘤的典型表现。高血压呈间歇性发作，间歇期血压完全正常。发作次数从一年几次到一天数次。发作时患者软弱无力、焦虑不安、呼吸困难、出汗增多、恶心、呕吐，发作可能持续几分钟或更久，80%少于1小时，很少超过1天。发作可以是自发的，也



可能由饮食、体位、吸烟、药物、外科麻醉和手术、腹部按摩或排尿所致。

应做生化筛选检查 比较一致的看法是，对45岁以下高血压患者，高血压呈阵发性发作者，高血压恶性进展或对药物治疗无效者，或有与嗜铬细胞瘤有关症状者，应怀疑患有嗜铬细胞瘤，需作有关生化筛选检查。但由于嗜铬细胞瘤的症状常不典型或表现繁杂，所以有人主张对所有高血压患者均应做有关生化筛选检查。

有关的生化筛选试验是依据儿茶酚胺的合成和代谢过程选择的，包括尿游离儿茶酚胺测定，或分别测定其中的肾上腺素和去甲肾上腺素；香草扁桃酸（VMA）测定，这是儿茶酚胺的氧化代谢产物，可在尿中被测到，临床上最有实用价值。此外也可做多巴胺及其代谢产物的测定等。发作性高血压病例，必须对照发作后和不发作时的检测数据，这样诊断价值更大。



妇女特有的肿瘤有女阴癌、阴道癌、子宫颈癌、子宫体癌、卵巢癌、子宫肌瘤、输卵管癌等，这些肿瘤在发病过程中，总会露出一些蛛丝马迹，如能充分认识这些迹象，便有可能及时作出诊断和处理。

女阴癌 一般说来，女阴癌多见于老年妇女，它的早期特征往往是在女阴上出现溃疡或小疮。溃疡的数目可多可少，常常大小不同，但都有一个特点，那就是经久不愈。女阴癌如不早期治疗，溃疡和小疮就会逐渐增大，变成像菜花状大小的肿块，质地很脆，容易出血，同时极易合并细菌感染，并流出奇臭无比的脓血水。以后癌细胞顺着淋巴管转移到腹股沟淋巴结，淋巴结有时可肿大得如鸡蛋般大小。



阴道癌　阴道癌多发生于50～60岁的妇女，早期时无明显不适，非常容易被误诊、漏诊。阴道癌的重要征兆是阴道不正常流血，尤其在性交之后，同时白带量多而腥臭。部分患者也可发生排尿和排便方面的异常症状。

子宫肌瘤　子宫肌瘤是女性生殖器官中最为常见的一种良性肿瘤。肿瘤绝大多数长在子宫体的肌肉层上，小的如米粒，大者可达数十千克重，可为单个，也有多达数百个的。肌瘤如突向腹腔时，一般症状轻微，如突向子宫腔，则会引起严重出血。

中年妇女月经紊乱是子宫肌瘤最常见的征兆，表现为月经期延长、月经周期缩短、月经量增多或呈不规则出血。由于出血量多，出血时间长，患者大多伴有严重贫血。肌瘤长到一定程度，患者可在小腹部摸到肿块，尤其在清晨起身前，膀胱充盈时更易摸到。较大的肌瘤由于压迫膀胱和直肠，还可出现尿频、便秘等症状。因此，中年妇女如果出现月经紊乱，或摸到小腹部肿块，或有尿频、便秘等症状时，应该想到是否有可能患子宫肌瘤。

子宫体癌　子宫体癌又名子宫内膜癌，是构成子宫最里面的一层组织长了恶性肿瘤。近年来，随着女性寿命的延长，子宫体癌的发病率有所上升，必须予以足够重视。绝经后阴道出血是子宫体癌的信号。已经停经了的老年妇女，如果突然出现阴道流血，应立即请医生诊断，因为很可能是子宫体癌的一种临床表现。

子宫颈癌　子宫颈癌是女性生殖系统中最常见的一种恶性肿瘤。性交出血是早期子宫颈癌的症状。子宫颈癌的病程较长，早期多无症状，惟一有诊断意义的便是性交后阴道点滴出血，或在用力大便后阴道少量流血。此时的子宫颈癌尚属早期，及时治疗可能获得良好的效果。子宫颈癌与妇女结婚、生育关系密切。

输卵管癌　输卵管是悬挂在子宫体两侧的管状组织，卵巢



排出的卵子经过它抵达子宫。输卵管癌多发生于45～60岁的中老年妇女，终身不育者更易得此癌症。早期的输卵管癌没有什么症状，很难发现；中晚期时常见阴道中反复流出大量的黄色水样液体，在液体排出时伴有下腹疼痛和腰部酸胀。因此，中老年妇女，尤其是终身不育者，如果从阴道内反复流出黄水，应高度警惕，不要掉以轻心。

8. 子宫颈癌有何征兆

宫颈癌是最常见的女性生殖道恶性肿瘤 自20世纪70年代以来，由于开展有计划的定期防癌普查，宫颈癌的发病率已呈下降趋势。但近十余年来，不论是宫颈癌的发病率还是病死率均已停止下降，而在年轻妇女中还有上升趋势。一般来说，最容易患宫颈癌的年龄是40～49岁，其次为50～59岁，但近半个多世纪来发病年龄发生了很大的变化，有明显年轻化倾向，30～39岁的发病率明显增加，20～29岁的发病率也日渐增多起来，年轻女性宫颈癌的早期诊断已成必须关注的问题。

宫颈癌处于原位癌（局限于子宫颈内）或早期浸润癌时，常无明显症状，但只要细心留意，仍可觉察出一些早期征兆，如白带增多、白带呈血性、接触性出血等。

白带增多 白带和月经一样，也是女性的正常生理现象，白带的性状和量也有周期性变化，一般在两次月经的中间，也即相当于排卵期，白带量较多，透明，且像蛋清样具有黏性。排卵后白带量减少，直至行经前3～4天，又少量增多，但为白色糊状，如果生育年龄的妇女尽管月经期正常，但白带的性状和量失去周期性变化，或是绝经期后妇女一反常态，白带量比平时明显增加，甚至像月经一样的流出，并有异味，就必须提高警惕。除此之外，白带中有血丝呈血性，更是早期宫颈癌的危险信号。




阴道出血 有80%～85%的宫颈癌患者有阴道出血症状，这也是一个十分重要的早期信号。阴道出血在不同的患者中有不同的表现，如接触性出血、不规则出血、不规则出血和绝经后阴道出血。所谓的接触性出血指的是性交后或妇科检查时有少量出血。正常子宫颈非常光滑，不可能因性交或妇科检查就引起接触性出血，只有当子宫颈有病变时，才会触之出血，有时接触性出血甚至早于白带增多之前出现。不规则出血指的是除正常月经外尚有淋漓不尽的阴道出血，量可多可少，也可表现为经期延长、月经周期缩短、经量增多等。绝经后阴道出血决不是重返青春的表现，而很可能存在宫颈癌。

宫颈癌与婚育有关 子宫颈癌与妇女结婚、生育关系密切，未婚少女或终身不结婚的妇女很少得这种病。早婚、早育、多育的妇女，由于子宫颈常有撕裂伤、外翻或慢性炎症，更易患子宫颈癌。慢性子宫颈炎患者和无炎症的妇女相比，子宫颈癌的发病率要高10～20倍，足见其影响之大。另外，性生活紊乱、结婚次数多、配偶阴茎包皮过长或包茎也是诱发子宫颈癌的因素。

宫颈癌的发生、发展 目前认为，宫颈癌的发生、发展是由量变到质变，逐渐到突变，即由宫颈不典型增生（轻-中-重）到原位癌，再到早期浸润癌，再发展到浸润癌的连续发病过程。一般而言，宫颈癌的这个发病过程缓慢，从不典型增生到原位癌，一般需8～10年，故能在这段时间内治疗，即重视癌前病变的治疗，是预防宫颈癌的关键。所谓癌前病变指的是凡有癌变倾向而不足以诊断原位癌的宫颈异常增殖病变。它是癌症的前阶段，虽然不是癌症，但如不进行合适的治疗就会发展成癌症。子宫颈不典型增生已被公认为是宫颈癌的癌前病变，在临床上自觉症状比较轻微，因此极易被忽视。

治疗措施 一旦检查发现有轻度典型增生，就必须加以治疗，一般可先按炎症处理，但患者一定要遵照医嘱密切随访，每



半年需做一次子宫颈刮片检查，必要时做宫颈活检。如果是中度不典型增生，则应接受电灼、冷冻或激光治疗。若诊断为重度不典型增生，一般都主张施行全子宫切除术以斩草除根。

40～60岁的妇女是子宫颈癌的好发人群　如果出现白带量增多、白带中带有血丝、阴道不规则出血、接触性出血、绝经后出血等症状时，必须及时去医院诊治，宫颈活检是十分有价值的诊断措施，病家必须配合。

9. 阴道异常出血的警示：子宫体癌

阴道异常出血为女性生殖器官许多疾病共有的症状。子宫内膜炎阴道出血的特点为淋漓不断的流血，量不多，同时可有局部疼痛或其他炎症表现，检查时子宫可有压痛。若伴有附件炎或盆腔炎，子宫周围的组织也有压痛感。月经周期紊乱性出血的出血量和间断时间可能带有某些规律性，量可多可少。子宫肌瘤则表现为中年妇女月经期延长，周期缩短，月经量增多，或呈不规则出血。必须指出，在阴道出血中更需注意的是子宫体癌。

子宫体癌约90%为子宫内膜腺癌　因此，一般所称的子宫体癌通常即指子宫内膜腺癌。但实际上，子宫体癌中还有鳞腺癌、棘腺癌等类型。

近年来的调查显示，由于加强普查，子宫颈癌发病率正逐年下降，子宫体癌却因人的寿命提高而渐见上升。

子宫体癌的主要症状是阴道出血　而且出血发生的时间较早，以阴道出血为主诉者高达73%～90%。妇女绝经后出现阴道出血，更是子宫体癌的信号。已经停经多年的老年妇女，如果突然又有了月经，决不是人生"第二春"的到来，很可能是子宫体癌的一种临床表现。子宫体癌的出血发生于子宫内膜的癌组



织，因为这种肿瘤组织质地脆弱，血管丰富，稍有破溃即会出血。子宫体癌与子宫颈癌两者均有阴道出血现象，但表现有所不同，子宫颈癌以性交出血为突出症状，病程较长，早期多无症状，惟一有诊断意义的便是性交后阴道点滴出血，或在用力大便后阴道少量流血。

阴道分泌物增多是子宫体癌的又一主要症状　约1/3的患者有此现象。白带一般稠厚、混浊，有腥臭味。白带是生育期妇女阴道内分泌的液体，是一种生理现象。正常的白带色白、透明、无特殊气味。如果白带发生了异常改变，如混浊、带血、味臭，很可能意味着生殖道存在病变。一般人大多会想到炎症，但需指出的是，异常白带还是妇科肿瘤的一个重要迹象，许多妇科肿瘤在早期便可出现白带变化，子宫体癌也不例外。由于癌组织的糜烂、腐败，因而混浊、腥臭性白带常见于子宫体癌。

子宫体癌的第三种常见症状是疼痛　由于肿瘤压迫神经干，可引起下腹、腰腿等部位疼痛，有此情况者大多已属晚期。必须指出，早期子宫体癌是没有疼痛症状的。

第四种症状是下腹肿块　子宫增大时可于下腹部触及肿块。

刮宫做病理组织学检查是诊断子宫体癌的依据，不仅可明确疾病性质，而且能了解细胞分化程度，对指导治疗极有帮助，患者对此不可畏惧拖延。

[illegible]

白带是生育期妇女阴道中分泌的液体，是一种正常的生理现象。正常的白带色白、透明、无特殊气味。如果白带发生了异常改变，很可能意味着生殖道存在着病变。一般人大都会想到炎症，但需指出的是，异常白带还是妇科肿瘤的一个重要临床迹



象，许多妇科肿瘤在早期便可出现白带异常。因此，学会自我观察这一重要特征，对早期发现妇科肿瘤十分有价值。

血性白带是一种信号　性生活后白带带血，医学上称之为接触性出血，往往是宫颈癌的最早期症状。虽然宫颈糜烂时也有性交后出血，但血性白带总是一种警告，要认真检查才是。即使血性白带是由宫颈炎症引起的，然而临床资料表明，有慢性宫颈炎的人，宫颈肿瘤的发生率是正常人群的 10 倍。因此，一旦有性交后白带带血现象，一定要进行宫颈细胞学检查，以尽早发现肿瘤或种种癌前病变。

白带量剧增也是一种不可忽视的症状　大量清水样、黄水样或血样白带不断流出，有时甚至在非经期也需要用月经垫。子宫颈高分化性腺癌、输卵管癌在早期时较难诊断，其早期的惟一症状常是白带增多。宫颈腺癌白带呈持续性增多，而输卵管癌白带呈阵发性出现，并伴有腹痛。用月经杯收集新鲜的白带，离心、沉淀后进行检查，必要时可直接吸出分泌物检查肿瘤细胞。在青春期前和绝经期后，卵巢分泌的雌性激素水平很低，故在正常情况下，白带量很少，外阴口干燥。外阴部有明显白带是体内出现较多雌激素的信号。临床发现，除儿童性早熟外，这两个时期若有多量白带，系卵巢中存在内分泌性肿瘤所致。早期卵巢肿瘤很容易被忽视，而异常出现的白带是一个重要征兆。幼女若白带增多，阴道口有粉红色息肉状物时，要警惕葡萄簇肉瘤，这是一种恶性程度极高的肿瘤。

脓性白带不可忽视　当白带增多，经反复用药无明显效果，有时还有脓性白带时，提示有子宫颈息肉或子宫黏膜下肌瘤。这些肿块可刺激附近的腺体而引致白带增多。此时如不手术切除，很难控制病情。子宫颈息肉也有恶变的可能，绝不能漠然待之，应积极治疗。

白带，能反映女性生殖器官的生理和病理变化。有资料认



为，妇科肿瘤中60%能从白带的变化得出诊断的线索。如血性白带提示子宫颈癌、子宫内膜癌；白带量剧增，如水样般大量流出，间歇性发作提示输卵管癌；白带呈持续性增多则提示宫颈腺癌；绝经期后妇女突然出现白带提示可能存在卵巢癌。因此，女性应经常注意自己的白带变化。

11. 阴道流液与输卵管癌

原发性输卵管癌是妇科不常见的恶性肿瘤　而且这种肿瘤还非常隐蔽，症状不典型，不易早期诊断，术前诊断率仅为2%～6%，这是一个很低的数字。

原发性输卵管癌早期无明显症状　主要表现为阴道内流出液体，轻微腹痛，待肿瘤生长到一定程度时，可发现腹部包块。其中阴道流液是该病最常见的早期症状之一。据临床观察，其发生率为63.3%～83.3%。初时，阴道流液并不起眼，往往被患者忽略，有的还以为是小便滴出。因为流液有时为阵发性，时有时无，更使一些人掉以轻心，甚至被不少人误认为是妇科炎症。

形成腹部包块，病已到中晚期　原发性输卵管癌一旦形成包块，表明已发展到中晚期，而且还易被误认为卵巢癌，甚至不少患者到开腹手术时才能定论，真正做到及时诊断是比较困难的。但有病于内必形于外，病患总会留有蛛丝马迹的。如果出现阴道流液，就应及时收集，并将收集的液体反复做细胞学检查。当然也可做腹腔镜、B超或CT检查。

中老年妇女警惕阴道不规则出血　此外，当中老年患者阴道不规则出血时，也应警惕。肿瘤发展到一定程度时，可发生出血，并经阴道流出，开始时出血量不多。输卵管癌广泛转移后可出现排尿不畅、不完全肠梗阻等。



12. 青春期卵巢肿瘤的特点

卵巢是女性生殖器的重要部分　在繁衍后代、维持女性性征方面起着特殊的作用。卵巢在女性的一生中须经历青春期(13～18岁)至更年期(45～55岁)。青春期是卵巢发育成熟、功能旺盛时期;更年期是卵巢退化、功能衰退时期,这两个时期卵巢极易受到体内外各种因素的刺激,发生卵巢肿瘤。特别是青春期,细胞增生迅速,更容易受刺激发生肿瘤。

女性青春期卵巢肿瘤有以下特点　①多为良性,但恶性肿瘤的比例也不少,对肿块较实、较硬、生长迅速的更应警惕。②由于少女腰部狭细,腹腔空隙小,卵巢肿瘤较易发现,同时也容易压迫腹腔脏器,引起尿频等症状。③少女患卵巢肿瘤时,有时出会出现子宫出血和月经不规则等症状,当这些症状持续存在时应及时去医院检查。④一部分卵巢肿瘤具有分泌激素的功能,因此,当少女出现发育特早或性成熟加速时(如过早乳房发育、过早来月经、成熟女性体型过早形成等),应及时就诊。⑤少女卵巢肿瘤的瘤蒂较长,常因运动、跳跃、旋转等而发生突然扭转,会出现剧烈的腹痛。因此少女突然腹痛剧烈,应该考虑卵巢肿瘤的可能。

13. 与妊娠有关的葡萄胎肿瘤

妊娠后,如受精卵没有发育成正常的胚胎和胎儿,形成一团小如珍珠,大至玻璃球,状如串串葡萄的组织,这就是葡萄胎。妊娠性绒毛膜癌(以下简称“绒癌”)则是产后发生于子宫内的恶性肿瘤。葡萄胎和绒癌均由滋养细胞变化而来,医学上将它们归入滋养细胞肿瘤。这两种肿瘤仅在妊娠时才会发生。



葡萄胎　葡萄胎又称水泡状胎块，不属于恶性肿瘤，但它与恶性葡萄胎及绒癌有密切的关系。

葡萄胎的发生率，国内外报道相差甚大，这是由于观察资料局限所致。我国医科院联合全国各单位，结合妇女病普查，开展对 200 余万妇女的调查，得出一个比较确切可靠的数据：以 10 万妇女计算为 290/10 万，以千次妊娠计算为 0.78%，平均1 200 次妊娠中有 1 次葡萄胎。从地理分布上看，地处南方的浙江、福建、江西、广东等省发病率偏高，而北方各省发病率偏低。沿海与内地相比，以沿海各省发病率较高。葡萄胎是我国女性常见病之一，日本及东南亚地区发病率也较高，而欧美国家较少见。

葡萄胎散发于女性生育期的任何年龄，以 20～30 岁，40 岁至绝经前较多，以往认为葡萄胎发生与生育过多有关，近时资料表明第一胎出现葡萄胎的也不少。

葡萄胎的病因尚不清楚　大致与以下因素有关：①营养不良：据过去的调查，该病主要发生于生活水平低的妇女，因此有人认为这是由于营养不良所致，特别是与食物中缺乏高质量的动物蛋白有关。有人发现高发地区大多以大米和蔬菜为主要食品，而习惯上又都将食品烹调过久，很易使所含的叶酸等营养物质破坏。②病毒感染：国外曾有人在葡萄胎及绒癌的组织标本中分离出两种病毒，因而认为与病毒的侵袭有关。但也有人用多种病毒接种于小鼠，未能诱发成功。近时专家们倾向于病毒感染致病的观点。③卵巢功能失调：40 岁以后的妇女如果怀孕，发生滋养细胞肿瘤的机会远比 40 岁以下者为高，因 40 岁以后的妇女，卵巢功能开始逐步衰退，内分泌容易发生紊乱，卵子发育易有缺陷，此时易发生葡萄胎。④其他：如染色体异常、人种、气候环境、温度及免疫等方面。

葡萄胎患者在最早期与正常孕妇并无相异之处　没有特殊症状出现，通常只是有一段时间的停经。以后则开始表现出某



些异常，如停经一段时间后开始有不规则阴道出血，或有血水样白带，此时方引起重视。腹痛常为葡萄胎流产的先兆。患者早期恶心、呕吐等比一般孕妇严重，持续时间也长。葡萄胎妇女子宫体积异常增大，与妊娠月份不相符合。

诊断典型的葡萄胎一般并无困难　根据停经后有不规则阴道出血、子宫异常增大而质地较软，怀孕 5 个月时子宫无胎动及听不到胎心音即可诊断。如排出物中见有葡萄样物，则诊断更属无疑。

葡萄胎在年轻妇女第一胎妊娠者中并不少见，因此必须与正常妊娠进行鉴别。现专家们认为，凡妊娠反应剧烈，早期即有严重恶心、呕吐，中期有明显水肿和蛋白尿；妊娠 2 个月左右即有阴道不规则出血，甚至大出血；血中绒毛促性腺激素非常高，且不下降；超声波检查无胎体、胎心，有上述 4 种情况者应疑及葡萄胎。

一旦诊断为葡萄胎，应尽早停止妊娠　不要盲目保胎，否则易引起出血，子宫穿孔或恶变。治疗的措施为住院清除宫腔葡萄胎，即刮宫。目前均主张采用吸宫的方法，其优点是手术时间短，出血量少，较少发生子宫穿孔等危险，比较安全。必须强调在首次刮宫后 7 日，再重复刮一次，否则常有滋养细胞或组织残留，日后有恶变可能。清宫后，80%以上可自然痊愈，但尚有 14.5%的恶变率，因此要注意随诊。随访的内容主要包括盆腔检查、胸部 X 线摄片，以及血尿绒毛膜促性腺激素测定。开始时，每 2～3 周查一次；1 年后，每 3～6 个月复查一次。为避免再次妊娠造成的麻烦，术后应避孕 2 年。

14 [illegible]

绒癌　妊娠性绒毛膜癌（简称绒癌）是一种高度恶变的肿瘤，对妇女生命威胁很大。其特点是滋养细胞失去原来绒毛或



葡萄样组织的结构，散在地侵入子宫肌层，不仅造成局部破坏，并可由此转移至其他部位，造成不良后果。

绒癌常见的症状 葡萄胎，流产或足月产后有阴道持续性的不规则出血，量多少不定。如绒癌与妊娠同时存在，也可表现为妊娠中反复阴道出血，易被误诊为流产、前置胎盘等。病灶穿破子宫肌层和浆膜层时，可造成子宫穿孔，形成不同程度的内出血，此时可出现腹痛、休克。绒癌转移的部位十分广泛，如阴道、肺、脑、肝、脾、肾等脏器均可被转移。绒癌由于恶性程度高，在体内多处转移，大量消耗的结果，可使患者十分虚弱。

凡产后或流产后，以及葡萄胎后若有阴道持续出血，子宫复归不良，子宫大而质软，绒毛膜促性腺激素持续不正常，并有逐渐升高趋势，以及全身明显消瘦、衰弱、恶病质等表现，应考虑绒癌的可能。

滋养细胞肿瘤，特别是绒癌，曾被认为是“癌中之王”，18世纪中它的病死率是百分之百！经过差不多半个世纪的研究，现在绒癌的治愈率已达80%以上。

绒癌目前采用以化疗为主的综合治疗 即使已有广泛转移，化疗也仍能取得惊人的效果。这是由于：①滋养细胞本身对一些化疗药物很敏感。②所有滋养细胞肿瘤均能分泌绒毛膜促性腺激素，它可作为一个十分敏感和特异的肿瘤标志物，易于诊断和评定疗效，为及时治疗打下基础。

绒癌的第一期病变局限于子宫，没有转移，治疗效果最好。第二期时有子宫旁、附近或阴道转移，阴道转移往往引起大出血。第三期是肺转移，肺转移较常见，有时可能被误诊为肺结核、肺癌等。肺转移又是脑转移的高度潜在危险。第四期病变转移至脑、肝、肠、肾等器官，以及全身各部位。该期治愈率下降到50%。

绒癌大多发生在生育年龄妇女 其中又有相当一部分发生



在年轻的未产妇女。这就存在一个保留生育功能的问题。过去，处理原则是凡诊断为恶性滋养细胞肿瘤者，均主张做子宫切除术，这样一来便将导致生育功能的丧失。自从 19 世纪 60 年代提倡单纯化疗治疗该病以来，各国均有应用化疗保留子宫，保存生育功能成功的报道，但也有一些失败的病例，总的说来，有生育要求，绒癌病情尚属早期或中期者，不妨先化疗。

葡萄胎和绒癌的关系　绝大多数葡萄胎流产后便平安无事，故被称为良性葡萄胎。可是，也有 14.5%的葡萄胎向子宫壁侵犯，甚至转移到其他器官，造成某种程度破坏，具有一定的恶性性质，医学上现命名为恶性葡萄胎。绒癌则具有更广泛的侵蚀和破坏能力，恶性程度极高。

现多数医学专家认为，葡萄胎有这样的发展规律，即葡萄胎—恶性葡萄胎—绒癌，三者既有区别，又密切相关，可能是一种疾病的不同发展阶段。葡萄胎可经恶性葡萄胎阶段发展为绒癌，也可以说，恶性葡萄胎是绒癌的一个过渡阶段。尽管部分绒癌可在自然流产、人工流产、早产、足月产后发生，但大部分是葡萄胎所致，因而葡萄胎和绒癌显然是有密切的关系。但是，从另一角度分析，毕竟大多数葡萄胎不会转变为绒癌，是良性的，因而患了葡萄胎疾病的妇女，也不必谈癌色变，终日惶惶不安。

下面几项可列为“高危”指标　年龄大于 35 岁者；子宫大于妊娠月份者；血中绒毛膜促性腺激素持续增高者；小葡萄(直径 0.3～0.5 厘米大小)样排出物者，葡萄胎患者出现上述诸种情形的，应该提高警惕，必须请有经验的医生做进一步的检查，在这方面，任何怕麻烦或心存侥幸的心理状态都是错误的。

15. 外阴瘙痒与外阴癌

外阴部长期瘙痒不可小视　女阴部又叫外阴部，是女性泌



尿、生殖器官的门户。它直接与外界接触，常常会因外阴皮炎、阴道炎、病毒感染、尿路感染、糖尿病、慢性肝炎、神经衰弱、过敏体质及性病等慢性刺激而发生瘙痒。外阴瘙痒一般在阴蒂附近，有时很剧烈，夜间加重。由于外阴部皮肤菲薄而脆，瘙痒严重时容易破裂，特别是阴道口下方，在性交、骑车或排便时可以裂开，造成疼痛或烧灼感。对于外阴瘙痒，患者必须积极寻找病因，给予恰当的治疗。单纯的外阴瘙痒是可以痊愈的。长期存在瘙痒，外阴皮肤形成白斑，这可能是外阴癌前期或早期病变。如果对此不重视，可能会发展成一个较小而经久不愈的溃疡，并逐渐增大，引起疼痛，这就是外阴癌。

外阴癌的发病率占女性生殖器癌的4%　好发于40岁以上的妇女，初期病变常不显著，易延误诊治。从外阴瘙痒到疼痛的过程是病情恶化的表现，而疼痛多为合并感染或外阴癌已到晚期的症状。因此，当外阴出现白斑或感到瘙痒时，应予注意，特别是老年患者，更要提高警惕，去医院做病理切片检查是必要的，对此不要有所顾忌。

外阴瘙痒时间持续过久，有可能形成白斑及外阴癌，这一点就应该有所认识。

16. 如何早期发现前列腺癌

据统计，近些年来我国前列腺癌发病有明显升高趋势，如何早期诊治前列腺癌日益受到人们的普遍关注。

排尿异常是最多见的症状　据调查，老年男性前列腺癌最常出现的症状是排尿困难、尿频、急性尿潴留、血尿等排尿异常表现，部分患者可能有会阴部痛、发热或者身上骨头出现不一般的疼痛，此种疼痛可能是有转移的情况。

不可忽视的直肠指检　前列腺的位置相对比较表浅，癌肿



又多发生在后叶，其次是两侧叶的边缘，它的后面便是直肠，同时癌变组织又比较坚硬，因而直肠指检有重要意义。国内学者通过肛指扪及硬结或不规则肿块，从而疑及前列腺癌，最终获得及时诊断的为数甚多。专家们认为由于肛指发现率高，又简单无创伤，是一种有价值的初步筛选方法。对于50岁以上的男性，在体格检查时必须强调常规肛指的重要性。肛指检查发现的前列腺癌常属于较早期，故而必须予以重视。此外，对老年男性有排尿梗阻者，肛指检查必须列为常规筛选诊断方法，不做肛指检查而试图用经腹B超检查替代，常可造成漏诊而延误治疗。

确定诊断的方法 对于用肛指或其他方法检查怀疑前列腺癌的患者，穿刺活检是确诊癌症的最重要方法。经直肠穿刺活检操作简便，无需特别设备，诊断可靠，可重复进行，阳性率高，无严重并发症。国内资料报道56例经直肠穿刺活检，一次活检确诊者高达49例，阳性率87.5%，无1例出现严重并发症。因此，患者完全不要为穿刺而忧心忡忡，畏惧害怕。近年来采用经直肠超声引导下抽吸活检，对早期病例的诊断阳性率有了进一步的提高。

血清前列腺特异性抗原测定 对穿刺活检阴性，而肛指检查或经直肠B超、CT等检查仍怀疑癌症存在时，做血清前列腺特异性抗原(PSA)测定有较高的敏感性和较高的特异性，特别是PSA显著增高时，假阳性率极低。PSA测定与肛指检查，经直肠B超，以及穿刺活检等配合，是最为理想的系列化检查方法。PSA是一种糖蛋白，具有前列腺组织的特异性。尽管前列腺增生症也可使血清PSA升高，但其升高幅度较小。现认为，对肛指检查、直肠内B超或CT等检查有可疑前列腺癌患者，穿刺活检即使阴性，如血清PSA测定有2次以上大于10毫微克/毫升者，仍应高度怀疑前列腺癌，但检测时应避免在肛指检查或



活检后5～7日内抽血化验，因为此时易出现假阳性现象。

转移的诊断 前列腺癌转移多见于淋巴结及骨。CT检查诊断局部浸润颇有价值。如癌肿浸润超过包膜累及精囊时，可表现为精囊增大、不规则、异常块影等。膀胱受累时主要表现在颈部区域，壁增厚僵硬，肿块突向膀胱腔等。前列腺癌侵犯直肠者较少。淋巴转移最常累及闭孔及髂内淋巴结，向上还可转移至髂总甚至锁骨上淋巴结。CT检查对肿大淋巴结诊断较有价值，比B超检查更为敏感。

对于骨骼转移病例，目前常采用放射性核素^{99m}锝全身扫描，可以发现尚无疼痛的转移病灶，较X线平片敏感性高，可早于X线摄片3个月发现转移灶，最大优点是能显示全身骨骼情况。

发病率种族差异巨大 在美国、加拿大、澳大利亚等国家，前列腺癌是男性最常见的恶性肿瘤，约占男性恶性肿瘤的1/3，病死率占第2位，仅次于肺癌。在美国的不同种族中前列腺癌的发病率同样有明显差异，其中黑人发病率最高。在欧洲的大多数国家，前列腺癌同样是男性最常见的恶性肿瘤，发病率占第1位或第2位。在亚洲包括中国、日本、韩国等国家，前列腺癌发病率较低。前列腺癌的发病率在不同种族间有着如此巨大的差异，遗传因素无疑是影响前列腺癌发病的主要因素。研究发现，亚裔人从本土移居到美国后前列腺癌的发病率明显上升，这提示地理环境和饮食因素都影响前列腺癌的发生。

发病率在我国有上升趋势 近二十年来前列腺癌的发病率有着很大的变化。据统计，在美国20世纪80年代初，前列腺癌发病率约80/10万，至1992年发病率逐年上升达180/10万。自1994年以来前列腺癌发病率有所下降。在美国2001年仍有新增病例，为198 100例，占男性恶性肿瘤的31%，死亡31 500例，占男性恶性肿瘤的11%。在中国前列腺癌的发病率有明显



上升趋势，1997 年对全国 30 个省、市、自治区 187 家医院的调查结果显示前列腺癌的发病增加 2～3 倍。

总的来说，应该认识到前列腺癌是男性中十分常见的恶性肿瘤，在我国近年也有逐步上升的趋势，应该给予充分的关注。50 岁以上的男性若出现排尿异常现象，如排尿困难、尿频、排尿无力、尿线变细等，必须进一步检查。上述症状是前列腺癌的早期症状，不要以为只是前列腺增生或者是中老年人必然会发生的表现。直肠指检或称肛门指检是早期诊断前列腺癌的简便、无创伤、发现率很高的方法，医患双方都应十分重视此种检查。前列腺癌时会出现血清 PSA 增高，有较高的特异性，不要忘了做此种血清学检查。患者任何时候都不要畏惧直肠穿刺活检，这是确诊前列腺癌的可靠方法，阳性发现率很高，而无严重并发症，不仅可确诊前列腺癌，而且有助于制定治疗方案。

17. 前列腺增生症与前列腺癌

前列腺增生症与前列腺癌是最常见的前列腺疾病。前列腺为男性所特有，位于男性膀胱颈下方，正常约为栗子大小，其间有尿道穿过，称为尿道的前列腺部。出生后至青春前期，前列腺增生甚慢，青春发育期时生长迅速，30～45 岁保持稳定，50 岁以后前列腺增生逐渐增多。前列腺炎是青年人的常见病，而老年人则以前列腺增生症和前列腺癌为多。随着我国人均寿命的增长，前列腺增生症和前列腺癌已成为我国老年医学中的重要研究课题。

异常排尿是重要的迹象 中老年男性常有尿频、排尿无力、夜尿增多、尿线变细等异常排尿症状。很多人误认为这是迟早要有的自然衰老现像，其实恰恰是前列腺增生症最常见的症状。如对此不予重视，随着前列腺的不断增大，压迫前列腺尿道，可



出现尿失禁、血尿，在受凉、饮酒及性欲过度后还可发生急性尿潴留。到了后期，因长期下尿路梗阻、尿液滞留，引起泌尿系感染、肾积水，最终将损害肾功能。同时，长期依靠腹压来改善排尿，可促使痔、脱肛、肺气肿、癌等疾病的发生和加重。此外，约10%的前列腺增生症患者伴发膀胱结石。

早期前列腺癌无特异性症状　多半见于异常排尿症状，与前列腺增生症相比，病程进展较快。有时以局部扩散和骨转移为首发症状，如腰骶椎转移后引起的局部持续性疼痛等。

直肠指检有诊断价值　当出现异常排尿迹象时，应进行直肠指检，尽管这是一个古老的方法，但极有诊断价值。有学者认为，通过直肠指检与病史相结合，至少60%以上的前列腺疾病可获明确诊断。

两个独立的疾病　前列腺增生症与前列腺癌有无特殊联系？前者是否会转化为后者？这是人们十分关注的问题。目前的研究表明，两者是独立的疾病，但也有一些共同的特点，如随着年龄的增长而发病率增加，有相似的发病原因，都有排尿异常症状等。最初有人认为，前列腺增生症患者中前列腺癌发生率高于正常人，但是现在有不少患者持反对观点。一般说来，前列腺增生症不能列为前列腺癌的癌前病变，但对前列腺增生症患者应加强随访检查，通过直肠指检、CT、超声等检查排除前列腺癌。

18. 隐睾：睾丸肿瘤的高危因素

在30～40岁的男子中，睾丸恶性肿瘤是一种常见的致死性疾病。现证实，它的发生与睾丸的位置位于腹腔有关。

隐睾，即睾丸留在腹腔内，未能正常下降至阴囊内的一种异常状态。统计资料表明，隐睾者发生睾丸恶性肿瘤的人数约为



正常人的48倍。据国外报道，隐睾的癌变率占全体睾丸肿瘤的7.2%～12%；国内报道更高，占16.4%～28.5%。腹股沟处的隐睾，每80例中有1例恶变；腹腔内的隐睾则每20例有1例在其一生中会转变为睾丸恶性肿瘤；有症状的腹腔内隐睾，60%为恶性肿瘤。

隐睾何以容易恶变呢？　现认为最主要的原因是腹腔或腹股沟的温度一般要比阴囊高2～4℃。过高的温度可使睾丸组织变性和萎缩，而变性和萎缩的组织容易癌变。其次，腹腔内的睾丸本身就可能存在先天性发育不良。这样的睾丸既然无能力正常下降，说明存在某种缺陷，容易发生恶变。

睾丸是十分娇嫩的器官　既然隐睾容易变为睾丸恶性肿瘤，那用手术方法将其固定在阴囊内不就得了？但遗憾的是，即使是完善的手术，也难以尽如人意。人们发现，不少术后患者依然有较高的癌变率。这又是什么原因呢？原来，睾丸这个器官十分娇嫩，一旦变性极难恢复。一般认为，5岁内的隐睾尚不会发生明显异常，但也有2～3岁时即发生病变的。因此，睾丸下降固定手术在2岁以后施行，就有恶变的可能。据此认识，隐睾患者最好争取在2岁前施行手术，最迟不得超过5岁。这样不仅可避免恶变，也能促使睾丸正常发育，对日后正常的性功能和生育无疑是极为重要的。

2岁前争取做隐睾固定手术　隐睾，不痛不痒，全无任何症状，常被忽视，然而造成的后果却十分严重。这里，提醒年轻的父母们注意，必须对你们的宝贝儿子的阴囊多加关心，如用手抚摩，发现一侧十分空虚，里面摸不到花生样的块状物，那就应该去医院诊治。一旦明确为隐睾，要争取2岁内做睾丸下降固定手术，不得拖延。胎儿时期，睾丸原长在腹腔中脊柱两侧，随着胎儿的生长发育，睾丸逐渐下降，胎龄4～6个月时，睾丸已接近腹股沟管内环处，胎龄7～9个月时即下降入阴囊，如果出生时



睾丸尚未下降至阴囊，大多在生后短期内降入。据统计，在出生时睾丸未下降至正常位置者，早产儿达30%，新生儿为10%，1岁时为2%，因而对于早产儿来说，更要多关心阴囊内是否有睾丸存在。

19. 睾丸肿瘤有哪些报警征象

睾丸肿瘤起病往往不痛不痒，少有症状，不易让人觉察，但是，还是会露出一些蛛丝马迹。睾丸肿瘤的种类虽然很多，但其症状都大同小异。报警征象有两大类。

表现于睾丸局部的征象 ①睾丸肿大：这是肿瘤细胞大量繁殖增生的结果。肿块的形状不均匀，有的很不规则，长有肿瘤的一侧睾丸可以肿大突出得格外明显。②睾丸质地坚硬：用手触摸睾丸，质地较硬像石块状，这与普通睾丸发生炎症时睾丸呈均匀性肿胀和质地较软有显著差别。③肿大的睾丸不痛，也无任何不适，无痛性的肿大睾丸是睾丸肿瘤的一个特征。④睾丸沉重：睾丸肿瘤除了肿大与坚硬外，重量也会显著增加；若用手托起病变睾丸，好似石头般沉重。由于睾丸变得沉重，有时会自觉该侧阴囊有一种坠胀感觉，站立与行走时格外明显。⑤睾丸固定：正常情况下，睾丸在阴囊内有一定的活动度，甚至还可以向上推入腹股沟区域。罹患肿瘤的睾丸活动度减少或消失，也无法用手推动，这是由于肿瘤向周围组织浸润的结果。⑥睾丸麻木：健康状态下，睾丸对触摸十分敏感，稍受撞击或暴力，便产生剧烈疼痛，长了肿瘤后，这种敏感会显著减弱，变得相当麻木，甚至消失贻尽。⑦急性睾丸疼痛：这种现象较少见，一般是睾丸肿瘤组织内部突然出血、睾丸肿瘤内部血管栓塞或缺血性坏死所致。⑧透光试验阴性：一般鞘膜积液时，阴囊及睾丸的透光性增强，透光试验呈阳性。而睾丸肿瘤生长得致密结实，里面并无



液体，透光性便大大减弱。

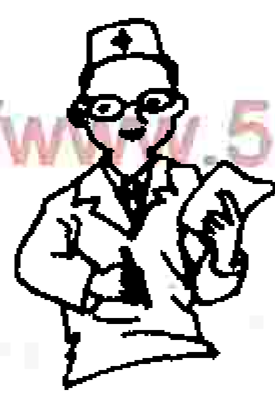
表现为睾丸以外的征象　①腹股沟部位疼痛：睾丸肿瘤虽无局部疼痛，但因连接睾丸的精索中有血管、神经、淋巴管和输精管，对牵拉刺激较敏感，睾丸肿瘤坠胀性牵拉也会引起精索部位的疼痛。精索通行于腹股沟部，因而该部位可出现疼痛。②急性腹痛：由于睾丸肿瘤的坠吊性牵拉，会引起一系列神经反射，造成病变睾丸侧的下腹部疼痛。阵阵疼痛有时误认为急性阑尾炎等急腹症。③不育：睾丸长了肿瘤后，病变睾丸组织丧失了原先制造精子的功能，还未被肿瘤侵犯的睾丸部分，生精功能也会受到抑制，结果引起不育。有的患者因不育而就诊，结果经检查发现是睾丸肿瘤。④男性乳房发育：一侧或双侧乳房莫名其妙地增大，犹如女性乳房发育，睾丸肿瘤是重要原因之一。一方面，睾丸肿瘤妨碍了睾丸酮的分泌，诱发男性乳房发育；另一方面，源于睾丸生殖细胞的肿瘤，本身可大量分泌促性腺激素，刺激男性乳房的发育。

男性如能自我检查睾丸，随时察觉异常迹象，是早期发现睾丸肿瘤的可取方法。

[illegible]

包茎、包皮垢、阴茎癌三者关系十分密切，可谓是“危险的锁链”，或“危害三部曲”，会给生命带来威胁。

包茎或包皮过长　正常男子的阴茎皮肤较薄，近阴茎头部的皮肤向内反折成双层，覆盖在阴茎上，称为包皮。新生儿和婴儿的包皮和阴茎头部稍有粘连现象，到1岁左右这种粘连才逐渐消失，包皮和阴茎头便自然分开，因此小孩子的包皮都显得长一些，这并非异常。如果到了青春期，阴茎头仍迟迟不肯显露，或者在孩童时代阴茎头紧紧被包皮包裹，那就需注意了。




包茎和包皮过长者是天生的发育异常。包茎是指包皮口过小，包皮不能上翻显露出阴茎头；包皮过长则是包皮覆盖全部阴茎头，而包皮口并不小，可以勉强上翻显露部分阴茎头。倘若存在有包茎与包皮过长，阴茎头无法显露那么就会奏响这“危害三部曲”。

讨厌的包皮垢　正如各部位皮肤会分泌皮脂一样，包皮的皮脂腺也会分泌皮脂。由于包茎或包皮过长时包皮不能向上翻起，因此这些皮脂便积聚在包皮的内面与阴茎头之间的空隙中。同时，尿液也会渗入这个空隙，与这些皮脂发生化学反应，变成了包皮垢，并产生奇臭。长期积存的包皮垢会变成坚硬的块状，让人误认为长了“瘤子”。

包皮垢是一种化学性致癌物质。不少实验证实，它是有强烈的致癌作用，例如将马的包皮垢接种给小鼠体内，可使之产生皮肤的恶性肿瘤。用人的包皮垢接种给小鼠，也可诱发雌鼠的子宫致癌。现代医学已经证实，包皮垢有下述一些危害：直接刺激阴茎头部诱发阴茎癌；导致包皮与阴茎头经常发炎，长期炎性刺激，会造成阴茎局部组织细胞变性恶化；造成一个阴茎头部恶劣的环境，可诱发许多阴茎癌的癌前性病变，例如阴茎角、阴茎乳头状瘤、尖锐湿疣、阴茎白斑、增殖性阴茎红斑症等，此类病变容易转化成阴茎癌；诱发配偶宫颈癌等。

包茎和包皮过长是阴茎癌的危险“前奏”，预防阴茎癌的发生必须去除包茎、包皮过长的因素。犹太民族于婴儿出生后第八日便施行包皮环切术，故几乎没有阴茎癌的发生；穆斯林伊斯兰教徒，于孩子 4～10 岁内，也都进行包皮环切术，阴茎癌的发生率显著降低。由此可见，不能小视包茎或包皮过长，不能轻视包皮垢，否则隐藏着罹患阴茎癌的风险。

阴茎癌的癌前病变　①阴茎角：这是一种不明原因的阴茎良性疣，短者不足 1 厘米，长者可达几厘米，显微镜下病理切片



检查可见阴茎角里的上皮细胞广泛的肥大和角化。②阴茎毛状乳头状瘤:这是一种长1～4毫米,灰白色或红色的乳头状瘤,形状如绒毛,呈多发性,排列在阴茎头与阴茎体连接处的冠状沟。③尖锐性湿疣:又可叫作癌样乳头状瘤,是一种疣样皮损,较大,可以侵入到阴茎头部、阴茎体部,常伴有溃疡与感染。④阴茎白斑:常发生在包皮或阴茎及尿道外口的黏膜上,边界清楚,颜色灰白,呈大小不等的斑块状,是阴茎表皮组织增生性病变。⑤增殖性阴茎红斑症:见于阴茎头部,深红色,圆形斑块状,边界清楚,因组织增生,表面常有鳞屑,中央可有溃疡。⑥鲍威病:阴茎头部硬性红色肿块,中央溃疡形成,显微镜下见鳞状上皮增生,细胞分裂十分活跃,被认为是阴茎的原位癌。⑦阴茎头炎或包皮炎后的瘢痕增生组织:反复发生阴茎炎及包皮炎后,尤其有包茎或包皮过长,因炎症刺激,局部炎症组织愈合后形成质地较硬的瘢痕,日后有可能恶变。

治疗措施　可见,患有包茎、包皮过长者,应及早施行包皮环切术,可有效预防阴茎癌的发生。对于上述诸种阴茎癌前性病变应及早诊治,不要滥用药物,以免增加局部刺激而加速病变的发展。

21. 哪些性病与肿瘤有关

尖锐湿疣是一种常见的性病　现已肯定与癌症有关。据统计,有15%阴茎癌、5%女阴癌及相当数量的肛门癌是在长期存在的尖锐湿疣的基础上发生的。

生殖器疱疹由Ⅱ型单纯疱疹病毒引起　通过性生活传播,美国每年有25万～50万人患有此病,我国也不少见,主要发生在20～30岁人群,而宫颈癌则多发生在30～40岁,现已证明该病毒与宫颈癌密切相关。有一篇报道指出,10例女阴原位癌患



者中，有9例伴有单纯疱疹病毒Ⅱ的抗原，说明此病毒也参与了女阴癌的发病。

腹股沟肉芽肿好发于20～35岁的青年　常和其他性病合并存在，该病的后遗症与阴茎鳞状细胞癌关系密切。

艾滋病更是公认的“超级癌症”　它的发病也大多由性传播引起。在艾滋病患者中，某些恶性肿瘤的发生率明显升高，最多发的是卡波西肉瘤。据统计，25%～40%的艾滋病患者并发这种肿瘤。患者全身可出现不同类型的及大小不等的紫色或棕色斑疹和丘疹，有的为樱桃红色的小结节，有些患者口腔黏膜出现紫红斑，晚期可有较大的溃疡。还有一些艾滋病患者，可伴发未分化的霍奇金淋巴瘤、中枢神经系统淋巴瘤、免疫母细胞瘤等。

22. [illegible]

尖锐湿疣与癌都是古老的疾病　湿疣最初被古罗马医生所认识，认为是一种与梅毒有关的性病，以后则被认为与同性恋有关，直到1954年以后，其确切的传播途径才被弄清。在朝鲜的美国士兵与当地妇女性交后发生尖锐湿疣，在他们回家后的4～6周，他们的妻子也患了湿疣。1968年，从生殖器疣中分离出病毒颗粒，并观察到此种病毒与导致寻常疣的病毒不同，为一种人类乳头状瘤病毒，因此确立了尖锐湿疣的病毒学说。随着研究的逐步深入，至今人类乳头状瘤病毒已被发现了60多个类型，其中某些尚有亚型存在。它们当中的一些类型在临床上的重要性还不清楚，比较公认的人类乳头状瘤病毒Ⅵ型和Ⅱ型与湿疣有关。

尖锐湿疣与泌尿系肿瘤有关联　早在1953年就有人注意到尖锐湿疣与恶性肿瘤之间的联系，以后又陆续报道了这方面的病例。应用脱氧核糖核酸杂交技术以后，证明人类乳头状瘤



病毒 16 和 18 型在颈部浸润性肿瘤的损害作用，是其脱氧核糖核酸结构与恶性肿瘤细胞的基因发生整合的缘故，并搞清楚了该病毒的蛋白质构型。由此，人类乳头状瘤病毒的某些类型诱发肿瘤发生渐被人们所接受。近来资料表明，尖锐湿疣的发病率增加与癌肿流行病学状况间的关系尚不清楚。为此，瑞典的研究人员对数千名尖锐湿疣患者进行了长达十余年的随访观察，其中男性 2 549 人，女性 711 个，诊断湿疣时的平均年龄为 23 岁。瑞典于 1958 年实行癌症义务登记制度，故全国发病率的资料是可靠的。根据瑞典全国发病率资料，以上男女尖锐湿疣患者恶性肿瘤的危险性，与总人口患病率相比较，男女分别为 1.6 倍和 0.9 倍。以此方法作比较，男性尖锐湿疣患者发生泌尿、生殖系癌是总人口患病率的 2.6 倍，颈部恶性肿瘤是总人口患病率的 1.5 倍。分析结果显示女性病例少，肿瘤发病相对危险性低的一个重要原因，是因为大多数患湿疣的女性就诊于妇科诊所的缘故，故未能反映出女性的实际情况。不管怎么说，瑞典的较大规模随访研究，得出一个结论是，尖锐湿疣确实与恶性肿瘤有关，尤其是泌尿、生殖系统的恶性肿瘤。

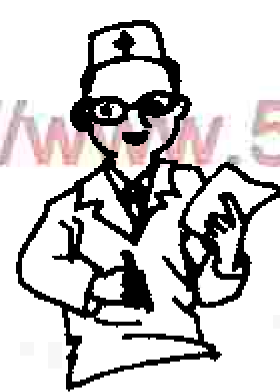
尖锐湿疣重在积极防治　人乳头状瘤病毒的成瘤性是因病毒侵入上皮，与上皮细胞的脱氧核糖核酸发生整合，改变了正常的组织结构，造成癌肿的发生。另外，如合并的其他性病、精蛋白刺激、吸烟、饮酒等也是促发生殖系统癌的因素。

尖锐湿疣不但是一种性病，一种传染病，而且还与恶性肿瘤的发生密切相关，从某种意义上说，它可作为一种肿瘤的前兆，因此积极防治具有十分重要的意义。

23. 不[illegible]性生活与[illegible]

美国医学专家对近百年来的有关资料进行分析，发现不良

http://www.55188.com理想在线证券网





的性生活及生育方式与生殖系统肿瘤的发生发展有密切关系。这些恶性肿瘤包括男性的阴茎癌、睾丸癌、前列腺癌，女性的子宫颈癌、子宫体癌和乳腺癌等。

男子清洁生殖器，可防止配偶子宫颈癌　男子生殖器不清洁，未予清洁即行性交，往往会增加配偶子宫颈癌的危险性。男子包皮过长或包茎，由于大量的“藏污纳垢”，更是众所周知的致癌因素，不仅可增加男子自身阴茎癌的发病率，而且有致使女方患宫颈癌的危险性。据调查，犹太民族妇女的子宫颈癌发病率极低，其原因与犹太人的宗教信仰有关。犹太人规定所有的男性必须进行早期阴茎包皮环切术。切除包皮后，阴茎头不容易被污染，清洁也容易得多，不会形成包皮垢。这是一种良好的风俗习惯，对我国同样有指导意义。我国男性包皮过长或包茎者不少，但予手术切除的比例不高；加之性生活前往往不注意清洗，从而成为女方子宫颈癌的一种隐患。

睾丸肿瘤多见于20～45岁的男子　绝大多数是恶性的。虽然睾丸肿瘤的确切病因未明，但目前认为性生活过频可能是原因之一。约2/3的睾丸肿瘤起源于生殖细胞，如果射精过分频繁，会致使睾丸生成过多的雄性激素和加速精子的生成，这很可能引起睾丸局部组织发生病理性改变，在此基础上进而可导致睾丸肿瘤。

性生活与子宫颈癌的关系　美国对一个妇女监狱的调查统计发现：妓女罪犯和性生活正常的其他女犯人相比，其子宫颈癌发病率要高出5倍以上；性生活开始过早(18岁以前)的妇女患宫颈癌的可能性较性生活开始较迟的妇女多3倍；性交对象多者，宫颈癌的发病机会更多。频繁的性生活，过早的性生活均可致使生殖道损伤和感染，而反复迁延的炎症是癌变的一个因素。近年来有些医学专家指出，绝大多数子宫颈癌和子宫体癌都属于性交诱发的疾病，尤其是年轻妇女。据调查，终身不婚的修女



患子宫癌的极为少见。

Ⅱ型疱疹病毒与子宫颈癌有关　新近还发现，有些性生活过度活跃的男性可能成为子宫颈癌细胞的寄生和传播者。配偶患过宫颈癌的男子，如果再婚或与其他女性发生性行为，这些妇女较易患子宫颈癌。这种传播很可能与Ⅱ型疱疹病毒的作祟有关。近年来的医学研究提示，该病毒很可能是引起子宫颈癌的病源体。性混乱者，由于性交对象复杂，遇上Ⅱ型疱疹病毒携带者的机会增多，致使女子患子宫颈癌的危险也就大了。

此外，妇女频繁生育也易导致宫颈癌、宫体癌；男子性交不洁、性交过频常会诱发前列腺炎，并在此基础上转变为前列腺癌。

七、五官、皮肤

1. 哪些症状要疑及鼻咽癌

鼻咽癌是发生在鼻腔后方，口腔后上方很隐蔽部位的恶性肿瘤，有下述情况时应提高警惕。

耳鸣和听力减退 中老年人出现耳鸣和听力减退不要只考虑耳部疾患，或认为是老年退行性改变，有时可能是鼻咽癌引起的。有报道显示，鼻咽癌患者初诊时有15%～20%是以耳鸣、听力减退就诊的，50%～65%的患者确诊时存在这种耳部症状。鼻咽癌引起耳鸣、听力减退的原因在于肿瘤压迫咽鼓管，咽鼓管连接咽和耳，主要作用是维持压力平衡，该管开口一旦被肿瘤组织堵塞，便会发生耳鸣、耳塞、听力减退症状。

微乎其微的鼻涕中带血 早晨，擤鼻后擤出少量淡淡血涕，这是鼻咽癌初起的典型症状，由于涕中的血量很少，而且鼻子通气尚好(癌肿增大后才有鼻塞)，又无其他不适，易被患者忽视。量少次数多的吸鼻后擤出血涕是鼻咽癌早期的报警信号。

不痛质硬的颈部肿块 鼻咽癌转移的第一站是颈部淋巴结，位于颈部上方与耳下方交界处。质地较硬，表面皮肤无改变，不痛不痒。初起时肿块较小，如指头大，可以活动，用消炎药后不会消失，肿块在不知不觉中逐渐增大，活动度逐渐变小直至完全固定。鼻咽癌的颈淋巴结转移率很高，大约为80%，其中大于10%的患者是以颈部肿块作为首先出现的症状就诊的。一旦发现耳下方的肿物，不痛不痒，千万不要忘记去医院检查一



下鼻咽部。

或轻或重的单侧头痛 鼻咽癌是发生于头部近颅底的癌肿，因而可以引起头痛。早期由于血管神经反射所致，多为间歇性发作，一般不严重，吃点止痛片可缓解症状。到了晚期因颅底骨破坏，侵及神经，头痛剧烈持续，一般的止痛片已经无效。

眼部症状 鼻咽癌侵犯眼眶和眼球的并不少见，约7%的患者以此前往看病，但多数是比较晚期的患者出现眼部症状，症状包括视力障碍、失明、眼球外突、视野缺损、复视、眼球活动受到限制等。

其他症状 癌肿破坏面神经骨管，侵及面神经，可引起面瘫。转移至颈部的肿块可压迫喉返神经而引起声音嘶哑。鼻咽癌转移至肺，可能引起咳嗽、吐血痰等。

有上述症状者必须去医院诊治，以下检查是必要的。

活组织病理检查 从鼻咽癌所在部位直接取活组织做病理检查，是目前确诊鼻咽癌的惟一可靠方法，患者应积极配合，不要顾忌害怕。

检测血清EB病毒抗体浓度 现已公认EB病毒与鼻咽癌有密切关系，鼻咽癌患者的EB病毒抗体远较其他恶性肿瘤及正常人高，有70%～90%鼻咽癌患者EB抗体阳性，表明它对鼻咽癌的诊断有一定意义。不过有10%～30%的鼻咽癌患者EB抗体为阴性，另外有千分之几的正常人和百分之几的非鼻咽癌患者也可出现阳性，因而EB病毒抗体的检侧仍有一定的局限性，不能代替病理组织切片检查，目前多作为普查筛选鼻咽癌以及治疗后随访监护的手段。

CT和MRI(磁共振) 对鼻咽癌的诊断有很大的帮助，它们不仅能显示鼻咽浅层的情况，而且能显示病变向深部蔓延、侵犯的范围，并清晰地显示颅底的病变，是目前进行临床分期和放射治疗设计的必要手段。近年来，螺旋CT三维立体成像能清



楚显示鼻咽癌是否侵犯颅内及侵入的途经。

纤维鼻咽镜　清晰、直观是其最大的特点，可直接深入到病灶表面观察肿瘤并咬取病变组织做病理检查，还可配备摄像、放大、电视监测、录像等设备，就像胃镜检查一样，对提高鼻咽癌诊治水平极有价值。

对于个人而言，颈上部出现无痛性肿块，量少次数多的擤出血涕是最重要的鼻咽癌迹象，必须十分重视。

2. 颈部出现肿块应该检查鼻咽部

某中年男子，1年前洗脸时无意触摸到右颈上方有一个拇指大小的肿块，不痛不痒，全身没有什么不适感觉。当时因工作繁忙，未加理会。2个月后肿块长到核桃大小，仍然不痛，前去医院诊治，有的医师说是淋巴结炎，有的则诊断为淋巴结核。治疗2个月无效，肿块进一步长大，便请土郎中用中药敷治。初期肿块稍有缩小，但不久便迅速长大，从活动变为固定，继续用中药敷治，皮肤发生红肿瘙痒，破损而感染，颈下部和对侧耳颈上部又长出新的小肿块。经专科医院全面检查，确诊这位患者患了鼻咽癌，颈上的肿块为癌症淋巴结转移，病程已是第四期，颈部肿块9厘米×3厘米，坚硬如砖头，推之不动。病情已属晚期，加上皮肤由于敷药后溃烂、感染，无法进行放射治疗，预后极为不良。

这个例子说明，颈部出现不明原因的肿块，而且生长比较迅速时，应该想到鼻咽癌的可能。某些人，包括医生对颈部肿块与鼻咽癌的关系认识不够，往往检查不全面甚至作出错误的诊断和处理，给患者造成不可挽回的损失。

鼻咽癌的症状　鼻咽癌发生于鼻腔和咽部交界的部位，生长增殖的过程中症状不很明显，加以部位隐蔽，因而不容易早期



发现。临床研究表明，鼻咽癌的颈淋巴结转移率高达 80%，而且可以很早就出现。有些资料报道，竟有 45%～75%的鼻咽癌是因颈部肿块而前往就诊的，说明鼻咽癌和颈部肿块关系是极为密切的。鼻咽癌的其他症状，如鼻流血、头痛、鼻涕带血、耳鸣、耳阻塞感、听力减退等都不是特有的，许多五官科疾病都有这些症状，而颈部肿块相对来说都是比较特异的。鼻咽癌引起的颈部肿块有以下特点：①位于上颈部下颌角处。②增大迅速。③质地坚硬。④固定难以推动。⑤无疼痛及压痛。

鼻咽癌在我国南方很常见　珠江三角洲是全世界鼻咽癌发病最高的地区，在广东省居恶性肿瘤病死率的第三位，我国其他地区也有散在病例。早期发现和早期治疗鼻咽癌，常有较好的效果，生存率较高。在早期诊断鼻咽癌上，重视颈部肿块的出现是一个关键。不少人之所以对颈部掉以轻心，主要原因是因为无不适感觉。一些医生对此也警惕性不高，易想到淋巴结炎或淋巴结核，忽视了对鼻咽部的检查。

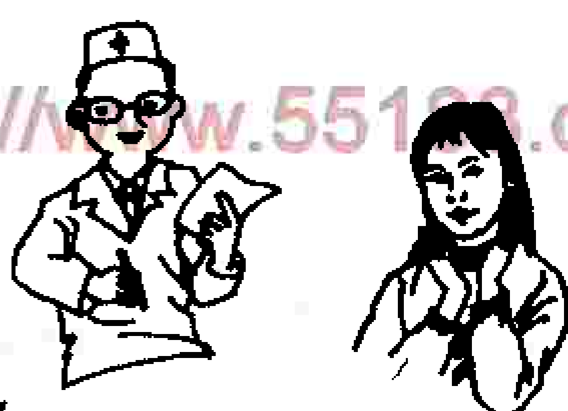
除了鼻咽部以外，头面部、甲状腺、肺的恶性肿瘤也常常转移到颈部而出现肿块，因此，凡颈部有硬性肿块者，必须做详细检查，尤其应检查鼻咽部。

3. [illegible]

清晨起来，偶尔鼻涕中带些血丝，特别当天气较干燥的时候并不奇怪。但是假如不是偶尔，而是反复多次出现鼻涕带血丝，尤其是中年以上的人，就有可能是某些疾病的早期现象。

这里所谈到的晨间鼻涕带血，指的是清早起床后，第一口痰或擤鼻涕时，可以见到鼻涕中血丝相混，其量不多，色暗红或淡红色，与刷牙后带点血丝不同。

为什么会有晨间鼻涕带血丝的现象呢？　这得从鼻子的特



殊结构说起。鼻黏膜暴露于空气之中，且鼻中隔前端黏膜有5条小动脉汇集，组成一个血管网。当天气较干燥时，鼻黏膜会有些微小破裂，从而出现鼻涕带血丝。

引起鼻出血的疾病 除了一些全身性疾病，如维生素C、维生素K、维生素P缺乏，血液系统疾患，高血压等以外，还有鼻腔的肿瘤，尤其是鼻咽癌。鼻咽癌原发于鼻咽部，早期症状很不引人注意，如鼻子不通气，早上起身发现擤鼻涕时带点血丝，这些都不会给患者带来什么痛苦，极易被人们所忽视。如果患者出现耳朵堵塞感、耳鸣或听力减退、颈部肿块，甚至出现一些脑神经麻痹症状时，病情往往进入中晚期，给治疗带来不少麻烦。目前根据一些资料统计，早期鼻咽癌患者，发现初期症状来就诊的病例，仅为7%左右，经过一些有关肿瘤基本知识的宣传，患者初步了解后，结合普查工作，则鼻咽癌的早期发现率可提高到50%左右。

鼻咽镜检查和实验室检查 鼻咽癌的原发部位是在鼻咽部的顶后壁上，医生必须头戴额镜，并借助鼻后孔镜伸入软腭的后面，才能观察到鼻咽部的情况，有时病变在早期阶段，肿物往往难以发现，易被漏诊。幸好现时应用检测血清VCA-IgA抗体水平，为大量早期的人群普查鼻咽癌找到了一个简单易行的方法，这一项检查就是人们所说的滴血查鼻咽癌技术。VCA-IgA抗体的中文名称为EB病毒结构抗原-免疫球蛋白A抗体。目前基本已确认EB病毒与鼻咽癌发病关系十分密切，而该抗体即是反映EB病毒感染的指标。鼻咽癌患者血清中VCA-IgA抗体的浓度明显高于正常人，大多数超过1∶40或更高。临床上如果检查鼻咽部无异常发现，但血清中出现这种抗体明显升高，常提示肿瘤的存在，这时应对这些人作追踪观察，反复做鼻咽镜检查。

治疗措施 目前对早期诊断的鼻咽癌，如果治疗合适，疗效

http://www.55188.com理想在线证券网



还是很满意的，其5年生存率已超过50%。问题是如何早期认识和诊断鼻咽癌，现认为清晨擤出的鼻涕中如果经常有血丝是一个重要的迹象。同时VCA-IgA抗体滴度高者应警惕。

4. 早[illegible]

在鼻的恶性肿瘤中，癌约占80%，其余的是肉瘤，前者多见于比较年老的人，后者则多发生于年轻人。发病率男性要高于女性3倍以上。

鼻癌多数在慢性炎症基础上发生，因此，它在早期所表现的症状与鼻炎或鼻窦炎相似，如鼻塞、流涕、头昏或头胀等。但是，既然长了癌肿，必然会出现它的特殊症状，因此只要仔细注意和观察，还是能早期发现鼻癌的一些蛛丝马迹的。

鼻塞　鼻塞是鼻炎常见的症状，一般表现为鼻孔时通时塞，或两只鼻孔交替阻塞，当炎症发作时鼻塞严重，而炎症消退后就减轻或消失。但如果是单侧鼻孔阻塞，持续不退，并且逐渐加重，以至最后完全阻塞鼻孔，那就要想到鼻内是否长了新生物。如果是老年人，还伴有血性鼻涕的话，那就应该怀疑是鼻癌了。

鼻出血　如果一个40岁以上的人，平时既没有挖鼻孔的习惯和鼻子外伤的情况发生，也没有患高血压病，而发生经常性出血，并且出血仅限于单侧鼻孔，流出的是持续少量的血涕，这时，就应当想到鼻腔或鼻窦患癌症的可能性。

头面部钝痛　如果头痛顽固持久，在平卧时加剧，而且服用一般止痛药没有疗效，同时有鼻部症状。这时，在查不出其他原因的情况下，就要考虑到这些症状是否是鼻部恶性肿瘤压迫局部神经所引起的。比如，肉瘤如果生长迅速，它在早期即可产生剧烈的头痛。

单侧性流泪　如果一个老年人的一侧眼睛经常流泪，并且



伴有鼻塞症状，经检查也没有发现有关的眼病，这些症状很可能是鼻泪管受到新生物的压迫而发生阻塞所引起的，因此务必引起重视。

面颊部麻木或发胀　单侧面颊部出现麻木或发胀的感觉，排除其他原因，就要考虑上颌窦癌的可能，因为上颌窦癌比较多见的早期症状常常是面颊部麻木或发胀。

上磨牙异常　上磨牙松动，牙齿无痛而脱落，或拔牙后创口经久不愈，此时应考虑上颌窦癌。

面颊部隆起　单侧面颊部发生无痛性肿胀、隆起，并有麻木感，首先应排除恶性肿瘤。

颈部肿块　鼻癌一般不出现颈淋巴结肿大，如果在耳下出现不红不痛的硬块，应注意鼻咽癌的可能。

此外，老年人若出现张口困难、颧部肿胀、软腭麻痹、硬腭半圆形隆起、眼球突出等也应警惕鼻窦癌的可能。



什么叫鼻窦　先解释一下鼻窦，鼻窦以前又叫副鼻窦，就是在头部位于鼻腔周围的一个个骨性的小洞洞，洞窦内侧面有黏膜铺盖。这些洞窦在正常时内含空气，有小开口与鼻腔相通。鼻窦包括容积最大的上颌窦，位于前额部的额窦，在眼眶和鼻腔之间有点像蜂窝组织的筛窦和颅骨深部接近脑组织的蝶窦，蝶窦的上方就是全身内分泌司令部垂体的所在处。

鼻腔鼻窦癌占全身恶性肿瘤的1%～2%　占耳鼻喉科恶性肿瘤的1/4～1/2。据日本一篇70 609具尸体解剖报道，内有鼻腔、鼻窦癌者共453例，占全身恶性肿瘤总数27 144例的1.6%，占耳鼻喉科恶性肿瘤1 077例的42%。

有下述情况者宜警惕　①单侧鼻出血或鼻涕带血，这是最



常见的早期症状。出血量少而次数多，甚至仅涕中带血丝。成人单侧经常流有臭气带血脓涕时更宜重视。②单侧持续性鼻塞。③面颊部麻木、肿胀、疼痛，肿胀的质地坚硬。④眼部症状，如流泪、复视、突眼、视力减退、两眼不对称、眼球移位与活动受限等。⑤口腔症状，如牙齿痒、痛、松动、出血、牙龈肿胀、张口受限等。⑥头痛、颈部肿块等。其中以单侧鼻出血、涕中带血为鼻腔、鼻窦癌的早期表现，宜予重视。

6. 如何发现上颌窦癌

上颌窦　是鼻腔周围颅骨中的一个含气空腔。它的顶壁是眼眶底，底部是口腔腭部，内侧壁是鼻腔，而外侧壁和前壁是面颊部。因此，一旦上颌窦发生癌肿病变时，根据癌肿的生长部位，可以发生各种不同的症状。

上颌窦癌的发生有其特点　由于它的位置在面部比较隐蔽的地方，早期症状一般不容易被发现。另外，癌肿大多为原发性，向身体其他部位也有浸润、转移的可能。而当癌肿向四周邻近组织、器官发生侵犯时，可引起相应的病症，因此有必要了解这些病症的蛛丝马迹。

警惕以下这些症状　如果发生以下情况者，就可疑及上颌窦癌的可能：①一侧鼻腔的分泌物或鼻涕中经常有血丝、血块混在其间，或者常有一侧鼻腔出血，同时发生逐渐加重的鼻塞。②一侧眼眶下及面颊部有胀痛或麻木感，或者有嘴唇及牙齿的麻木感。③一侧眼球突出，眼球转动受到限制，并且有眼球结膜水肿出现，这些症状不能用眼病来解释。④一侧面颊部出现局部隆起肿块，质地坚硬，不易移动。或者眼眶下缘、口腔腭部隆起。⑤一侧齿龈肿胀，或有经久不愈的溃疡，或见到齿龈沟局部肿胀隆起。⑥原因不明的下颌关节运动受限，严重时甚至张口也有困难。



7. 嗓音嘶哑与喉癌

喉癌 是耳鼻喉科中最常见的一种恶性肿瘤，占全身癌肿的2%～5%，其中有95%为50～70岁的中老年人，男性发病率是女性的8～10倍。

男性易患喉癌与其生理特征有关 首先，男子肺活量大，发音时声门下压力高，声带负重较大，容易受伤。随着年龄的增长，喉咙也随之老化，更易受到损害。慢性损伤的基础上可以发生异常增生或恶变。其次，男性中吸烟、酗酒者较多，据统计，喉癌患者97%为“瘾君子”，日平均吸烟数高达60支以上。长期酗酒也可造成声带充血和炎症性损害，进而诱发声带鳞状上皮细胞癌变。此外，长期与有害化学气体接触也是易患喉癌的因素。

喉是发声的重要器官 当气流从肺部呼出，冲击声带时就可发出声音。声带的长度、紧张度及呼出气流的强弱可决定音调的高低。一旦声带有病变时，轻者音调变低、变粗，重者声音嘶哑或失音。引起声音嘶哑的原因有很多，有先天性、炎症性、外伤性、神经性、肿瘤等。先天性者生下来就发音嘶哑，炎症性一般多在上呼吸道感染后，外伤性和神经性有明确的外伤史或手术史。若无以上原因，则要考虑为肿瘤。对人类威胁最大的是喉癌，所以说不能忽视嗓音嘶哑。

由于癌肿生长在喉腔的不同部位，临床上的表现不尽相同。一般把喉癌分成3型。

声门上型 癌肿位于声带以上部位。这里是喉腔中最为宽阔的部位，在早期可无明显症状，仅有咽喉异物感，肿瘤向下侵及声带时才会出现声音嘶哑或呼吸困难。此型癌肿分化差，即恶性程度高，发展快，容易向颈部淋巴结转移，出现颈部肿块。

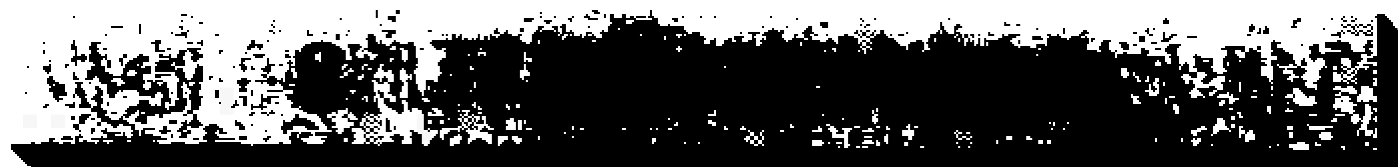


肿瘤表面溃烂出现咽喉疼痛，吞咽困难或有耳部牵引痛，如侵及血管可出现痰血。

声门型　即声带癌。声门是发音的部位，这里的癌肿首先出现声音嘶哑，并呈进行性加重。声门是呼吸道最狭窄的地方，肿瘤长大阻塞声门会出现呼吸困难。由于声门区淋巴组织少，肿瘤细胞分化较好，出现声音嘶哑早，容易被发现，预后较其他类型喉癌要好。

声门下型　即癌肿位于声门下至环状软骨下缘以上的声门下区内。这里比较隐蔽，缺乏早期症状。随着肿瘤增大，会出现咳嗽、血痰、晚期可有呼吸困难，这是由于堵塞了气道的缘故。肿瘤向前侵犯甲状腺，向后累及食管前壁，并出现吞咽困难。

凡 40 岁以上的人，出现声音嘶哑或咽喉异物感，都必须去耳鼻喉科检查。



耳部肿瘤　主要包括耳部、外耳道和中耳(包括乳突部)肿瘤。恶性肿瘤多见于外耳道，几乎占耳部癌肿的 2/3，从病理来看，以鳞状细胞癌最多，占恶性肿瘤的 80%，腺癌次之。耳部恶性肿瘤在症状和诊断方面有一定特点。耳部癌多发于耳轮及耳背，外表同皮肤癌。外耳道肿瘤症状是长期流脓、疼痛、出血、溃疡、耳部肿胀、听力减弱。

中耳癌有下述表现　①血性耳漏：患者长时间的化脓性中耳炎逐渐转化为脓血性，这一症状出现较早，需要重视。②耳痛：早期即可发生，进一步发展可呈持续性跳痛，并向颈、面、枕部等处放射。③面瘫：当癌肿侵犯面神经骨管时，可出现面瘫。面瘫出现的早晚与癌肿的位置有关。④张口困难：多与下颌关节受累有关。⑤脑神经症状：癌肿侵入颅中窝或颅后窝时，可引



起头痛。侵犯到颈静脉孔及其附近,会出现复视、咽反射消失、咽下困难、声音嘶哑、语言不清、两侧肩部不等高、患侧舌头萎缩、伸舌偏斜等晚期症状。⑥颈淋巴结转移:一般较为少见。⑦眩晕:这是癌肿侵入内耳所致。

凡出现上述现象者,尤其是血性耳漏、耳痛、应及时去医院检查,最根本的检查手段是活检。

9. 眼皮会长癌吗

眼皮上会生癌 而且种类繁多,数量很大。据统计,眼睑肿瘤占全部眼肿瘤半数以上,其中恶性者又占其半数,恶性者90%以上是癌。

眼睑是皮肤组织,凡是皮肤能发生的肿瘤在眼睑都能见到。眼睑又不同于一般皮肤,在睫毛根部,有蔡司腺,是一种皮脂腺;在眼睑缘部,有很大的变态汗腺叫莫而腺;在睑板上缘,有华夫林浆液腺,是副泪腺的一种。这些藏在睑板之内的睑板腺,是全身中最大的一种皮脂腺,而这些腺体发生的癌瘤是身体其他部位所难以见到的。

眼睑多见基底细胞癌 皮肤上多见的基底细胞癌,在眼睑恶性肿瘤中也居首位,是眼睑恶性肿瘤的老大哥,它生长缓慢,不经血行或淋巴道转移,一般不危及生命,本是一个无足轻重的低度恶性肿瘤,生在身体其他部位,可行手术切除也可用放射治疗,都可轻而易举地将其制服。可是一旦基底细胞癌长在眼睑上,就很凶险,因眼睑皮肤很薄,癌肿很容易将眼睑烂穿,眼球失去了保护,容易遭到损害。生在内眦部眼睑的基底细胞癌更是凶恶,此处离脑最近,烂穿了眼睑,很快侵入鼻旁窦——筛窦,然后直入颅内。

怎样才能早期识别眼睑癌呢? ①看生长部位:下睑内眦



部是基底细胞癌好发部位，60%以上发生在这一部位，生在这里的皮肤溃疡要首先考虑基底细胞癌。②看病变外形：典型的基底细胞癌病变是一个边缘内卷的皮肤溃疡，溃疡越小，越是早期，但是更早期的病变可以像色素痣，透明的小结节或囊肿，如在下睑内眦部看到这些病变，即要提高警惕，密切随访，或手术取下小块组织，做个病理切片检查，因为这些改头换面（小结节、囊肿、色素痣、小溃疡）的基底细胞癌，只有用活组织检查的方法，才能把它“抓”出来。③对内眦部的色素性肿物要高度警惕，不能一概都当作痣或黑色素瘤。据统计，在眼睑基底细胞癌中，有 40%含有色素，它们在临床上，常被误诊为色素痣或黑色素瘤。④依靠病理检查：眼睑基底细胞癌分为实体型、腺样型、角化型、色素性、硬化性 5 种，硬化性者恶性程度最高，国内学者随访到的 106 例眼睑基底细胞癌中，16 例死亡，其中半数为硬化性。硬化性眼睑基底细胞癌的病死率高达 7%以上，而其他各型的病死率为 1%左右。组织学分型能预示患者的预后，说明对这类患者做病理检查的重要性。

眼皮即眼睑会长癌，最多见的是基底细胞癌。凡长在下睑内眦的色素痣、小结节、溃疡、囊肿必须加以重视，应及时做活检检查。

[illegible]

眼皮生角　老法说是大吉大利，寿星高照，但现时的看法认为应该去眼科确诊一下，看看是否存在恶变可能。

眼皮上生角的人绝大多数是老年人，老头比老妇多，好发部位在上睑，睑缘尤多，可能因为该部位受慢性刺激更多的缘故。

这种角底广而顶尖，下部直，近顶端微变，色灰带黄，质地坚硬，形似羊角但小得多，一般长达 3～4 厘米，生长缓慢，可自行

http://www.55188.com理想在线证券网



停顿或自然脱落但脱落后会再度长出。此角在医学上称为“皮角”，是眼皮表层过度角化的产物，一般属良性，少数可恶变，恶变后即形成鳞状细胞癌，此种情况，多见于50岁以上的中老年人。

癌前病变　如老年性角化病或鳞状细胞癌，也可以良性皮角的形式出现，这时病变的发展较快，不会自行停顿或脱落。眼睑的鳞状细胞癌虽不像睑板腺癌那样恶性度高，却比眼睑基底细胞癌凶险得多，其转移率为5%～8%，它的病死率近10%。

诊断皮角有无转变鳞状细胞癌有以下依据　①近期是否生长加快。②皮角底部体积是否增大，有无红肿炎症反应，基底部皮肤表面有无细微裂隙。③近期内有无自发性出血和疼痛症状。

11. 儿[illegible]”

儿童眼睛瞳孔内发白且似有发光，在暗处尤为明显，犹如“猫眼”一般，这实际上是视网膜母细胞瘤的特征。

视网膜母细胞瘤　是婴幼儿的一种先天性眼内恶性肿瘤，起自视网膜胚胎细胞，于出生后至5岁内较为多见。发病多为单眼，20%～30%为双眼。眼内肿瘤可为单发性，也可为多发性。视网膜母细胞瘤患儿尚可伴发其他先天性异常，如先天性心血管畸形、腭裂、骨外层肥厚、牙质生成缺陷、先天性白内障等，大部分患儿没有智力障碍。

该肿瘤病程发展可分为4期　即眼内期、青光眼期、眼外蔓延期和全身转移期。“猫眼”高于眼内期时，这种肿瘤在检眼镜下或裂隙灯显微镜下呈灰黄或灰白色隆起，表面有新生血管，肿物逐渐生长可占据大部分玻璃体，使瞳孔区出现黄色反光，形似“猫眼”。在这一时期，将眼球摘除，尚可保存生命。若肿瘤继续



生长，可使眼内压升高而出现青光眼症状，这就是青光眼期，在这一期摘除眼球，有大部分患者不能保全生命。若肿瘤沿视神经向颅内蔓延或穿破眼球壁向球外发展，便为眼外期。肿瘤随血流或淋巴道向颅内、全身器官转移便称全身转移期，百分之百死亡。

对于视网膜母细胞瘤来说，“猫眼”是早期的重要症状。

12. 不容忽视的口腔癌前病变

口腔癌是世界上最常见的癌症之一 主要发生于40岁以上的中老年人。口腔癌若早期诊治是可以治愈的，但由于有的医生不重视早期口腔癌的表现而误诊为扁平苔藓等口腔黏膜病，而患者也往往由于无痛、无症状也未能及时就诊，丧失治愈机会。所以，认识口腔癌的癌前期表现，对预防和早期治疗口腔癌有非常重要的意义。

口腔癌前期表现有如下一些 ①口腔黏膜红斑：呈鲜红色，没有自觉症状，好发于舌腹及口底黏膜，颊与软腭黏膜也多发。呈圆形或椭圆形天鹅绒状血红斑块，界限清楚，质地柔软。红斑的癌变率很高。②口腔黏膜白斑：口腔白斑之中有不少为癌前病变。口腔黏膜鳞状细胞癌常在白斑的基础上发生，如果在白斑上出现一块红色的糜烂区域，那就更应当警惕。如果在白斑处出现硬结或溃疡，那就有很大可能性是口腔癌了，应及早做病理检查。③口腔黏膜下纤维变性：初起多为复发性溃疡，黏膜苍白，失去光泽，类似白斑，后期在黏膜下发生纤维性条索，可发展为鳞状细胞癌。④口腔黏膜溃疡：口腔黏膜出现一个长期不愈的溃疡，很可能是癌。癌溃疡的边缘往往稍稍高起，用器具提起时稍觉发硬。有些多发性的溃疡，此起彼伏，反复发作，但从单个溃疡而言，1～2周后可以自愈，这是复发性口疮，不会发生癌



变。⑤口腔黏膜硬结：肿瘤上皮团增殖可形成硬结块，因此，口腔黏膜出现一个硬结块可能是炎性浸润或其他形成结节的疾病，但也可能是肿瘤。如果在一块白色的或红色的病变组织的基础上出现硬结，很可能是癌，而且已经不是早期。⑥牙周病：齿龈和牙槽部发生的癌肿引起牙槽骨吸收、牙齿松动、牙龈出血而表现为牙周病。如果牙周病治疗效果不好或拔牙后创口不愈，或有肉芽组织从创口长出，应及时做活检以确诊。⑦慢性光化性唇尖：表现为局限的唇红黏膜增厚与鳞屑形成，若出现灰白色角化斑者，可疑为癌前损害，应及时就诊。因好发于易受日光照射的下唇黏膜，故称光化性唇炎。⑧扁平苔藓：扁平苔藓主要为白色或浅蓝色有光泽的网络或枝条状损害，范围可大可小，一般均有钱币般大小，有时为斑块状。扁平苔藓发病率不低，是一种常见的口腔黏膜病，一般是良性的，但如果发生糜烂、溃疡、久治不愈，则应疑为癌前病变，应及时活检检查。⑨外突性肿物：口腔中有许多外突性的、赘生性的小肿物，大多数为良性病变，如乳头状瘤、假牙刺激引起的增生、化脓性肉芽肿等。但有少数被病理组织学证明是鳞状细胞癌，所以也应警惕。

13. 口腔白斑与癌症

白斑被人们称为白癫风 人体的皮肤可因色素消失而出现抹不掉的白色斑块，即白癫风，长在口腔和外阴黏膜部位的称为白斑。一般认为，白斑是最常见的口腔癌前病变。所谓癌前病变，是指某种疾病本身并不是癌，但可在多种不良因素长时间刺激下转变为癌症。

引起白斑的真正原因目前尚不清楚 但下列因素与白斑有密切关素：局部多种刺激因素如吸烟、嗜酒；局部机械刺激如伸长牙、错位牙、不良修复体（补龋齿的修复体）不合适的假牙等；局部



微电流刺激;维生素 A 缺乏及内分泌障碍(如雄激素缺乏)。

白斑的常见症状 白斑常见的有斑块、皱纹、疣状和颗粒状等 4 种形式,可发生在口腔黏膜的任何部位,以颊黏膜舌腹、舌背黏膜和下唇黏膜多见。男性多于女性,中年以上多见。患者一般无自觉症状,不易自我发现。白斑早期呈浅白色,日久表现为乳白色或灰白色,表面厚而硬,用舌头舔之有粗糙感,不易自行消退。不同类型的白斑,好发部位也不同。舌背和颊黏膜白斑多为斑块状;口底部白斑多为皱纹状;牙床、上腭和唇白斑多为粗糙乳头或疣状;口角黏膜白斑多为白色或乳白色粟粒状颗粒。后两种白斑容易发生糜烂、溃疡和癌变。吸烟者好发下唇浅白色斑。尽管白斑的外形可以多种多样,但基本的特征是色泽白或乳白,呈细网状,有粗糙感觉、无自觉症状,不会自行消失。

白斑是一种癌前病变 目前国内外的资料,报道白斑的癌变率为 3%～6%,这不是一个小数字。白斑一旦出现硬结、溃疡、糜烂、疼痛,或呈疣状、结节状突起时,要警惕癌变的可能,应及早就医。

癌前病变的白斑如何防治 一般来说,疣状、颗粒状白斑宜及早施行手术切除,并要长期随访跟踪。其他白斑(无溃疡、糜烂、硬结、疣状或颗粒状增生者)绝大多数不需治疗,乱涂药物有可能刺激白斑,反倒有可能促进白斑的恶变。但是应该去除一切不良的刺激因素,如戒烟、少饮烈性酒、勿进食过烫、过辣、过酸的食物、改正或去除口内不良修复体或异常金属修复体、调整不合适的假牙、禁用任何腐蚀剂(有人用腐蚀剂医治白斑)、下唇白斑者要少晒日光、避免使用化妆用品(如唇膏等)。此外,可口服维生素 A,或用维生素 A 片剂口含,或制成软膏局部涂擦。适当补充维生素 C 和复合维生素 B 也有一定的帮助。

对待口腔黏膜白斑既要认真,又不宜过分恐惧,更不能过度治疗。应定期去医院复查,一旦有癌变可疑,及早切取活组织检



查或手术切除。

14. 口腔红斑比白斑更危险

口腔黏膜红斑是一种更危险癌前病变　大量的病理活检证明，极大多数口腔黏膜白斑是黏膜角化过度的缘故，是对物理或化学刺激的一种保护性反应。尽管白斑是一种癌前病变，但口腔黏膜红斑是一种更危险的癌前病变。据美国《老年医学》杂志报道，研究人员对200多名早期口腔癌患者进行研究，发现有90%以上口腔病变呈红色或红白色，只有不到5%的病变为全白色。常见部位为舌的侧面和腹面，口腔底部和软腭及扁挑体部位，少数发生在颊黏膜、齿龈和下唇。

口腔黏膜红斑临床症状　口腔黏膜红斑为口腔黏膜上平伏或微凹于黏膜表面鲜红而柔软的斑点或斑块，大小不等，多呈圆形或椭圆形，也可呈不规则形，损害区与正常黏膜界线清楚。患者可有轻微疼痛或不适，也可无任何症状，常被忽视。

口腔检查是必要的　统计资料表明，有75%的口腔癌变发生于60岁以上的老人，所以老年人每年进行1～2次口腔检查是必要的，平时要经常观察自已的口腔黏膜，注意有无红色及红白色的斑点、斑块。由于正常人口腔黏膜本来就呈红色，因而有小范围的红色病变不易觉察，要仔细检查。一经发现，及时请口腔科医师诊治。一旦确诊是口腔黏膜红斑，应迅速切除，也可激光冷冻治疗。

15. 耳垂旁的肿块

一位退休大学教师，5年前发现左耳前有一粒花生米大小的肿块，一家医院普外科诊断为淋巴结肿大，就在门诊做了肿块

切除，经化验方知不是淋巴结，而是来源于腮腺的肿瘤，称为混合瘤。患者术后2年里先后2次发现原手术部位又有肿块长出，尽管又做了2次手术，但是肿块似乎越来越大了，于是前往专科医院诊治。口腔颌面外科的医师在患者入院手术时做了详尽检查，发现左腮腺内有数十个大小不等的结节，部分已与面神经紧密粘连，手术时冰冻切片检查发现有的部分已经发生恶变，不得已只能将肿瘤和神经一起切除，术后遗留了左眼不能紧闭、口角㖞斜等畸形。像后果这样严重的病例在临床上并不多见，但是腮腺肿块的误诊和误治却时有发生，这不仅增加了治疗的难度，而且还给患者造成了极大的痛苦。

对于腮腺肿块不可大意　腮腺是负责分泌唾液的器官，腺体内部有控制面部表情的神经——面神经。耳朵周围出现的肿块，除了淋巴结、血管瘤、脂肪瘤之外，更多地要考虑腮腺肿瘤。一旦发现该部位的肿块，则应由颌面外科医师检查，对于大多数肿块，通过体格检查即可大致区别是腮腺肿瘤还是淋巴结肿大。如果尚不能明确，也可以通过抗炎治疗、B超、MRI、细针穿刺细胞学检查等方法加以区别，少数实在无法鉴别的，则只能通过手术来明确诊断。像上例误诊患者纯属医生经验不足和思维定势产生。如果说首次误诊尚可原谅，那么当患者手术后2次肿块复发再次就诊时，仍然未予重视，医生显然是难辞其咎的。

腮腺肿瘤的正确手术也是极其重要的　腮腺肿瘤的病理类型有数十种，各种类型的肿瘤，其生长方式、治疗方法都不相同，其中绝大多数肿瘤是不能作为肿块做单纯切除的，更不能在手术中将肿瘤挖破或者将肿瘤分块取出，而是要将肿块和周围正常的腮腺组织一起完整切除，否则就会造成肿瘤细胞的种植或残存，引起了肿瘤的再发，如反复复发就有可能发生恶变。此外，对于这么多类型的腮腺肿瘤，即使经验丰富的医师也很难在手术前根据体检、B超、MRI等来具体区分，必须在手术时，先



将肿块和周围腺体一起切除送冰冻检查，如为良性或一些低度恶性肿瘤即可结束手术，否则，就要扩大手术范围。还应注意的是腮腺中有面神经穿过，手术时稍有不慎，特别是想通过很小的切口切除肿瘤时，极易损伤面神经，造成面瘫。

对于发生在耳前、耳垂下的肿块来说，人们更应想到腮腺肿瘤的可能，不要一味拖延，不去专科医院就诊。

16. 关注皮肤的癌前病变

黏膜白斑病　这是指发生在口腔、口唇、外阴黏膜上的白斑病损。黏膜白斑是一种稍肥厚而略带有光泽的乳白色斑疹，有多种形状，可呈点状、小片状或条状等。用手触摸有粗糙的感觉。白斑发展缓慢，没有特殊的感觉，只是到了晚期，可对热刺激敏感，少数可形成溃疡。发生黏膜白斑的主要原因是局部长期反复的刺激。如不合适义齿造成的摩擦、吸烟受到热刺激、慢性炎症等。少数的经久不愈的黏膜白斑会变成上皮癌。

老年角化病　这是一种好发于50岁以上男性老人的皮肤病，可能是由于衰老、皮肤干燥、萎缩所致。一般发生在脸上和手背等处。皮疹一般为蚕豆大小，扁平状，略高出皮肤表面，形状不规则，单个发黑，表面有油腻性鳞屑。鳞屑与皮肤粘连得很紧，颜色多为棕黄或黑色，不易刮掉，如果去掉则会露出角质层下的粗糙面，有时还会出血。老年角化病有可能转变成为鳞状细胞癌。

色素痣　①黑色素性雀斑：这种雀斑不同于一般的雀斑。一般雀斑只在6～7岁时开始出现，皮疹只呈黄褐色，无自觉症状。而黑色素性雀斑只见于老年人，常发生于颜面的颧骨部等容易被太阳暴晒的部位。开始仅为一些不太均匀的色素斑，以后逐渐变大，形状不规则，生长缓慢。在生长过程中，色素斑如



果变得高出皮面、增厚或有破溃改变时就应引起注意，警惕发生恶变。②痣细胞癌：痣在组织学上有交界痣，皮内痣和混合痣之分。交界痣一般出生时即出现或稍后出现，分布于手掌、足底或外阴部。皮疹不大，表面光滑无毛，一般不高出皮面或略高出皮面，没有特殊感觉。如果出现局部有轻微的灼痛，皮损突然变黑增大，皮疹边缘又出现许多小点或者皮疹表面有炎症性改变、破溃及出血等，都提示有癌变可能。③先天性巨大色素痣：也称巨痣，一般都为先天性的，往往出生时即发现，损害一般较大，可盖满头皮、躯干及四肢大部分，很像一张兽皮，有时又像穿一件背心或一条衬裤，或像穿皮靴及袜套。色素较深且常覆有黑毛，质地较软。这种巨大色素痣大约有10%可转变为恶性黑色素瘤。④蓝痣：蓝痣有普通蓝痣和细胞性蓝痣2种。前者是一种边缘清晰的灰蓝色小结节，发生早、生长慢，大小约4毫米，常发生于上肢、背部。这种蓝痣并不恶变。细胞性蓝痣也在出生时即有，多分布于臀部或尾部，呈蓝色或蓝黑色较大的坚实结节，多见女性，此痣能变成恶性黑色素瘤。

上述皮肤病变易恶变，需加以关注。

17. 内脏癌症的皮肤迹象

深藏隐匿的内脏癌肿反映在皮肤上表现，现已受到人们的重视。如能确切把握两者联系的特征和规律，无疑对早期诊断内脏癌肿有很大的价值。

带状疱疹 带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒感染所致的急性疱疹性皮肤病，好发于中老年人，通常表现为一侧的头面部或躯干、肢体发生疼痛以及条状或带状分布的水疱、红斑等皮损。经过2～3周的急性发作期便进入自限修复期，症状、体征逐渐缓解、消失，并且从此可获得终身免疫而不再复发。



某些带状疱疹是内脏癌肿的皮肤表现之一，尤其是双侧对称性的、散在泛发性的、出血坏疱性的、大疱性的、复发性的、迁延的带状疱疹。大量资料指出，带状疱疹在恶性肿瘤患者中的发生率为1%。而在非肿瘤患者中的发生率仅为0.22%。伴发的癌肿类型以恶性淋巴瘤为最多，尤其是霍奇金淋巴瘤中带状疱疹的发生率可高达25%，其次在非霍奇金淋巴瘤的患者中，发生率达8.3%。中枢神经系统的肿瘤患者中带状疱的发生率为6.3%。其他较多伴发带状疱疹的癌肿有鼻咽癌、肺癌、胃癌、食管癌等。带状疱疹的发病可以在癌肿发生之前、之后或同时发生，多数带状疱疹与癌肿同时发现。带状疱疹与癌肿伴发的主要原因是患者的免疫功能紊乱或低下，尤其与细胞免疫有关。带状疱疹的发生与癌病患者的预后并无关系，但可以是癌肿晚期、转移、恶化或复发的一种预警。据报道52.3%的癌肿患者在出现带状疱疹后的6个月内死亡。

皮肤瘙痒　皮肤瘙痒并不都是皮肤病的缘故，有时还是内脏癌肿的一个信号。据俄罗斯学者夏波耶夫博士观察：鼻孔奇痒往往是脑肿瘤的特殊表现；肛门奇痒则提示有可能存在肠癌；其他如白血病、霍奇金淋巴瘤、食管癌、肺癌等都可能有广泛的皮肤瘙痒或奇痒。癌症为何引起皮肤瘙痒呢？可能是癌细胞分泌的组胺、蛋白分解酶等生物活性物质刺激皮肤感觉神经末梢的结果。此种瘙痒与一般皮肤瘙痒症不同，特点是平时并无瘙痒史，而是突然发生的全身性痒，十分顽固，皮肤表面看不到什么变化，用任何止痒药物都无效果。

皮肤变黑　据日本研究人员对一组60岁以上罹患黑色素表皮症的患者体检结果，90%并发胃癌，其中1/3患者尚未出现任何不适感觉。由此提示，假如你身上皮肤不明原因的变黑，有必要去查一查胃镜。胃癌何以会引起皮肤变黑？奥秘尚未清楚。但大量临床资料显示，罹患胃癌后人体的两侧腋窝、股内侧

及腹部，尤其是肚脐周围最易变黑，其他如掌心、颜面也有类似改变。

毳毛和汗毛增多 癌症专家提醒人们尤其是女性，如果出现恶性毳毛，应疑及体内有肿瘤。这种毳毛的特征是：女性多见，在面部、前额、下巴和耳部长出像胎毛一样柔软的细毛，用手抚摩时有一种丝绸样的感觉，毛长约 1 厘米，无其他异常。近来，国外一些专家提出忠告，如发现脸上忽然间长出许多白色柔软的汗毛，必须尽快去找医生，因为这很可能是癌症的一个先兆。研究资料表明，自 20 世纪 50 年代以来，全世界发现了 30 例汗毛增多症，结果陆续都成了癌症患者。包括肺癌、淋巴瘤、子宫癌、乳腺癌、卵巢癌、肠癌、肝癌等。汗毛增多症大多先出现在脸上，然后逐渐扩展到颈部直至全身。

游走性静脉炎 皮肤静脉出现红、肿、疼痛症状，并且以游走为特点，一般 2～3 周后减轻，但可反复发作后形成结节。并发的肿瘤以胰腺癌，特别是胰体、胰尾癌为多。胰腺癌的临床检出率低，游走性的血栓性静脉炎是诊断诊癌肿的一个重要线索。

皮肤红斑 离心性环状红斑的特征是皮疹开始时为红斑丘疹，呈离心性扩大，而中央消退，每日可以 1 至数毫米速度扩大，直至 10 厘米以上的也不少见。好发于躯干，特别是臀部。形态变化急速，瘙痒显著，皮疹形态与癌肿关系更为密切，并发的肿瘤常为乳腺癌、肺癌等。

匍行性回状红斑是一种呈木纹形、波形的环状红斑，其移动和形态变化很快，常有显著瘙痒。有人指出，几乎所有病例均合并有内脏癌肿，如乳腺癌、肺癌、头颈部癌等。红皮症表现为皮肤持续潮红、脱屑、剧烈瘙痒，有人报道 40 岁以上患者 1/3～1/2有潜在恶性淋巴瘤存在。

黑棘皮症 该病特点是皮肤角质增生、乳头瘤状肥厚、色素显著增深，初发于腋窝、腹股部、颈项部，以后向肛周、乳房、口



周、掌蹠、指背扩展，食管、外阴、肛门、口腔黏膜上也可发生。病变呈进行性扩大、范围广泛以及以口腔黏膜病变为初发症状者与癌肿关系更为密切。合并的癌肿多为腺癌，尤以胃癌为多。皮疹常先于肿瘤1个月至5年发生，平均为1年。

多发性老人疣赘　突然出现的疣赘，急速增大、增多，同时伴有瘙痒，并发内脏恶性肿瘤的可能性很大。约1/2为消化道癌肿，其中胃癌占1/3。

天疱疮、类天疱疮　类天疱疮者癌肿的并发率为9%，寻常型天疱疮为12%，并发多系恶性淋巴瘤。

18. 一种特殊的皮肤病与癌肿

有一种较罕见的风湿病，主要表现为急性发热、中性粒细胞增多和多种形态皮肤损害，因系学者司维特发现，故医学上称为司维特综合征。该综合征约20%的患者并发多种癌肿，尤以血液系统恶性肿瘤为多。虽然有关司维特综合征的报道并不多，但因其与恶性肿瘤的关系十分密切，故全面认识它就显得很有必要了。

该病好发于中年妇女　也可发生于男性和儿童。除了上述三大症状，还可有关节炎、关节痛、结膜炎、蛋白尿和口腔溃疡等表现。早期皮肤症状常发生于30～60岁，一般在出现前都有上呼吸道感染史。典型的皮损表现为大小不一的红斑和结节，其次有水疱和大泡。皮损多见于上肢、头颈部，其次为躯干和背部，下肢和口腔黏膜则很少受到侵犯。若不治疗，常于1～6个月内自动缓解或好转，但约有1/3的患者可有1次或多次复发。

司维特综合征常伴发血液系统恶性肿瘤　占全部并发肿瘤的85%，其中半数左右是急性粒细胞性白血病，其次为淋巴瘤、骨髓异常增殖综合征和慢性粒细胞性的白血病，少数患者可并



发骨髓纤维化、慢性淋巴细胞白血病、多发性骨髓瘤等。20%患者有一次以上司维特综合征复发，且常在皮质激素减量过速时发生。在发生血液系统恶性肿瘤的患者中，中性粒细胞反见减少，这可能与化疗抑制骨髓有关。这些患者即使中性粒细胞不增多，又无发热，只要有典型的皮疹，仍不能排除司维特综合征的存在。

司维特综合征也可并发多种实体瘤　其中以泌尿生殖系统恶性肿瘤为多，如前列腺癌、卵巢癌、阴道癌、睾丸癌、肾癌等，其他还有乳腺癌、直肠癌等。

司维特综合征可在肿瘤之前或同时出现，因而及时识别该病，对早期诊治伴发的癌肿很有意义。

伴发或不伴发恶性肿瘤的司维特综合征有不同的特点　①伴发者多有中性粒细胞减少。②伴发者病前呼吸道感染较少见。③伴发者皮损较严重，溃疡性皮损相当多见，且在躯干、下肢和背部比上肢更多见。口腔溃疡屡有发生。④常有皮肤外各系统的病变，52%患者至少有1个或1个以上器官受累，如肾脏损害、结膜炎、虹膜炎、关节痛、肌痛、肝脏损害等。

如果一个中年人发生结节、红斑、溃疡性皮肤病变，伴有发热，中性粒细胞增多，用抗生素治疗无效，甚至加剧，而应用皮质激素后病情迅速控制，应想到司维特综合征的可能。若皮损严重，粒细胞变化及发热反而不明显，同时伴有多器官损害，则必须考虑到有无潜伏癌肿存在。

19. 不要忽视老年斑

老年斑又称“寿斑”　医学名为“脂溢性角化”，主要发生于中老年人，男性较多。好发部位是颧、手背、胸、背等处，初起为毛孔周围针头大小的淡黄色斑，渐增大呈深褐色或黑色的斑块，




表面粗糙或复以油腻性鳞屑，除去鳞屑后又再长出。

通常老年斑属于一种良性的皮肤病变 有人还认为“寿斑”是长寿的预兆。但据一些临床和病理资料表明，老年斑可并发恶性肿瘤，两者之间可能有着病因学的关系。从组织病理看，老年斑主要由3种类型的细胞组成：基底细胞、棘细胞、黑色素细胞。并发于老年斑或附近的恶性肿瘤可能来源于此3种不同类型的细胞，即基底细胞癌与基底样细胞，鳞状细胞癌与棘细胞，恶性黑色素瘤与黑色素细胞。

老年斑有时是内脏肿瘤的信号 除了上述在老年斑的损害上或附近并发皮肤恶性肿瘤外，还要警惕老年斑有时是内脏肿瘤的标志，伴发的癌肿主要是胃癌、乳腺癌等。必须指出，大多数老年斑并不会伴发恶性肿瘤或癌变，患者对此不必过分紧张。

预防老年斑产生和癌变的方法 不暴晒，不滥用化妆品，不抽烟、酗酒，不熬夜，保持良好的生活习惯。如果老年斑突然发生并短期内迅速增多、变大，要及时去医院检查，排除内脏肿瘤的存在。

20. 警惕皮肤上的小结节

皮肤癌并非一开始就“一目了然”的，它最初是从皮肤小结节开始的，这种小结节极其容易被忽视。

皮肤癌包括皮肤鳞癌和基底细胞癌两种 鳞癌初起时多呈暗红色干燥疣状小结节，表面有蛛丝样或细线样小血管，底部较硬。基底细胞癌的小结节则是半透明，有光泽，与蜡烛燃烧时滴下的“蜡珠”相似，医学上称为蜡样小结。正是这些不起眼的小结节，以后发展增大，融合成斑块，进一步发展成肿块。肿块易破溃、出血形成溃疡，溃疡面及肿块扩大，并散发恶臭。肿瘤可向皮肤深部的结缔组织、肌肉、骨骼侵犯；皮肤鳞癌还可转移至

附近淋巴结，最终侵犯内脏。

患者常对早期皮肤癌认识不足 按理说，皮肤癌长在人体表面，应该容易早期发现，但仍有许多患者就诊时已到了晚期，这是什么原因呢？主要是对皮肤癌最初的“面孔”认识不清，人们常对皮肤上初起的小结节不以为然，长期不就诊，以致发展到不可收拾。有的患者虽然也想到治疗一下，但却找到了江湖医生，让他们胡乱整治一通，结果肿瘤破溃形成溃疡。也有的是手术切除不彻底，没有把肿块基底连同附近皮肤一同切掉，留下了祸根。重点指出的是：必须警惕皮肤上出现的异常小结节。

21. 色素痣与恶性黑色素瘤

色素痣又称痣细胞痣、黑痣 它是由痣细胞组成的良性新生物，常出现于出生时或其后若干年。色素痣可发生在任何部位的皮肤和黏膜，为局限性，大小从几毫米到10厘米左右，一颗或数颗，呈淡褐色、暗褐色或黑色斑疹、丘疹或结节。根据痣细胞所在皮肤部位的不同，色素痣又可分为交界痣（痣细胞位于表皮与真皮间）、皮内痣（在真皮内）、复合痣（交界痣与皮内痣同时存在），其中交界痣容易发生恶变。

色素痣与恶性黑色素瘤关系密切 约有2/3的恶性黑色素瘤起始于色素痣。恶性黑色素瘤是皮肤或黏膜黑色素细胞的恶性肿瘤，发病率居皮肤恶性肿瘤的第三位，仅次于鳞状细胞癌、基底细胞癌，占所有恶性肿瘤的0.4%～2%。恶性黑色素瘤好发于成年人、老人，2/3起始于色素痣，多由交界痣发展而成。有色素痣者仅极少数恶变，估计10万个色素痣只有1个发生恶变。尽管色素痣的恶变率很低，但几乎每个人都有色素痣，且恶性黑色素瘤的恶性程度很高，所以对于色素痣，尤其是掌跖部（手掌、足底）及摩擦部位的色素痣应予以严密观察。





出现下列情况是恶变的征兆　宜高度警惕：色素痣显著而迅速地扩大；颜色加深、发亮；表皮结痂形成；经常出血，发生破溃；附近的淋巴结肿大；周围有卫星损害发生。对于高度怀疑恶性黑色素瘤者，目前主张小病灶全部切除作活检，大病灶力争全部切除，并作植皮术。恶性黑色素瘤的早期表现是原有的黑痣扩大、色素加深。以后，随着损害的增大，隆起呈斑块或结节状，也可呈草状或叶花状，表面易破溃、出血。周围可有不规则的色素晕或色素脱色晕。如向周围扩散，可出现卫星状损害。临床上分为雀斑样恶性黑色素瘤，浅表扩散性恶性黑色素瘤、结节性恶性黑色素瘤 3 种类型。恶性黑色素瘤的转移极为常见，尤其是结节性恶性黑色素瘤及病变超过真皮、乳头层以下水平者。常见淋巴道转移，而血行扩散出现较晚，然而一旦发生，则转移广泛，最常转移到肝、肺、皮肤。如已发生转移，则预后十分不良。

恶变的早期信号　总的来说，色素性皮损下列改变者常提示有早期恶黑的可能：①颜色：杂色常为恶性病变的信号，雀斑型及表浅扩散型恶性黑色素瘤常在棕色或黑色中掺杂红色、白色或蓝色，其中尤以蓝色更是一种不祥之兆，白色常提示肿瘤有自行性退变。结节型恶性黑色素瘤总是呈蓝色或灰色。②边缘：常多参差不齐呈锯齿状改变，系肿瘤向四周蔓延扩展或自行性退变所致。③表面：不光滑，常粗糙伴有鳞形或片状脱屑，有时有渗液或渗血，病灶可高出皮肤表面。④病灶周围皮肤：可出现水肿或丧失原有皮肤光泽或变白色、灰色。⑤感觉异常：局部常有发痒、灼痛或压痛。当病灶继续发展，局部可呈结节状或息肉样块物，也可为溃疡性病变，伴渗液、出血，刺痛或灼痛更加明显。⑥原发性病变周围可出现卫星结节，常伴区域淋巴结肿大。

普通痣与恶性黑色素瘤的鉴别方法　美国国立癌症研究所还提出“ABCD”早期诊断法，这是一种简单明了，便于记忆的方



法。所谓ABCD是代表4种征象，这4种征象为“不对称性”、“边缘”、“颜色”和“直径”，其英文分别为“Asymmetry”、“Border”、“Color”、“Diameter”，取其第一个字母即构成“ABCD”鉴别法。①不对称性：普通痣常呈圆形或卵圆形，将其一分为二时，两半对称，而恶性黑色素瘤常为不规则形，因此将它一分为二时，两半不对称。②边缘：普通痣边缘规则光滑完整，与周围皮肤分界清楚，而恶性黑色素瘤边缘常参差不齐，呈锯齿样改变。③颜色：普通痣常为棕黄色、棕色或黑色，而恶性黑色素瘤常在棕黄色或棕褐色的基础上参杂红、白、蓝黑色等多种色彩。④直径：普通痣一般都小于5毫米，恶性黑色素瘤常大于5毫米。掌握这4个特征，再结合其表面皮肤粗糙不平、鳞形或片状脱屑、渗液、渗血等改变，普通痣与恶性黑色素瘤的鉴别并不十分困难。当然，最终的诊断有赖于病理学检查。





八、不同年龄和常见癌症报警信号

1. 常见癌症的高危人群

所谓癌症高危人群 所谓癌症高危人群，是指其体内存在诱发癌症的危险因素，这些人群容易发生癌症。

肝癌 ①慢性肝炎史5年以上者。②肝硬化者。③乙肝表面抗原(HBsAg)阳性者。④一级亲属中有肝癌史者。这4种人应每半年做一次体检和甲胎蛋白检测、B超检查。

乳腺癌 ①30岁以上女性，特别是月经初潮在12岁以前，绝经期晚于55岁，月经不规则者。②婚后未生育，或30岁以后生育，或生育不哺乳、很少哺乳者。③乳房发生异常变化，摸到肿块或皮肤增厚，与月经无关者。④反复乳头排液或乳头糜烂，有压痛者。⑤一侧腋下淋巴结肿大者。⑥乳头内陷或存在"酒窝征"者。⑦母系或父系中有多个亲属患乳腺癌、卵巢癌者。⑧长期使用雌性激素者。⑨既往有良性乳腺肿瘤者。

肺癌 ①男性45岁以上，女性40岁以上者。②吸烟大于400支/年者。③长期接触有害物质(石棉、砷)等者。④肺部在同一部位有反复发作的病灶(炎症、结核等)者。⑤痰血、持续呛咳、胸痛、发热等症状经2～3周积极治疗未能控制者。⑥具有不能解释的骨关节病变、内分泌异常、神经肌肉病变等肺外表现者。

胃癌 ①男性35岁以上，女性30岁以上者。②X线或胃镜检查发现为中、重度胃溃疡、萎缩性胃炎及肠上皮化生成不典



型增生者。③胃手术10年以上者。④反复出现黑便、隐血者。⑤不明原因便血者。⑥平时喜食硬、腌制品及高盐食物并有胃部症状者。⑦原来胃痛的规律,性质发生改变者。⑧突然发生皮肤变黑或出现黑棘皮症或出现多发性疣赘者。⑨逐渐加重的胃部不适、胃痛、食欲减退者。

结肠癌 ①慢性肠功能紊乱者。②血便、粪便隐血和经常固定部位腹痛者。③家庭性多发性息肉者。④一级亲属结肠癌史、体胖(体重超标20%)者。⑤存在大肠腺瘤者。

直肠癌 ①慢性血便者。②大便呈扁平状、变细、变形者。③直肠息肉者。

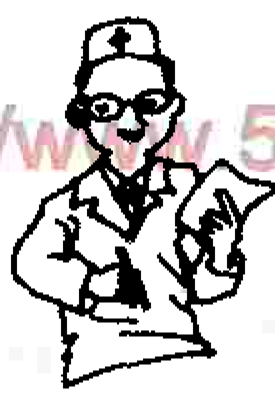
子宫颈癌 ①50岁以上女性,特别是过早性生活、性生活紊乱、早育、多次生育者。②宫颈炎症与糜烂不愈者。③阴道不规则流血、性交后出血者。④白带增多且有恶臭者。⑤宫颈组织呈不典型增生者。

肾癌 ①血尿者。②不明原因发热者。③不明原因贫血者。④不明原因白细胞升高者。⑤不明原因左侧精索静脉曲张者。⑥长期腰痛者。

2. 青年人癌症的特点

癌症是中老年人的常见病,一般在40岁以后癌症发病率显著升高。然而,癌症并非只见于中老年人,青年人患癌症并非罕见。由于人们对青年人患癌症缺乏警惕,所以容易长期被误诊、误治,到明确诊断时往往已届晚期,失去了根治机会。

青年人患胃癌的特点 青年人胃癌可表现为反复发作的中上腹疼痛,有时疼痛也可有节律性,常于饭后半小时发生,在服药后也可有缓解,与胃溃疡症状相似,常长时期误诊为胃溃疡、慢性胃炎。有些人可表现反复胃出血,大便发黑及呕血,在用药




后大便隐血也可转为阴性。因溃疡病发生胃出血相当多见，所以常被忽视，未及时进一步检查，导致误诊。据调查，这种因放松对胃癌的警惕，仅根据症状有节律性疼痛，就按胃溃疡治疗的误诊者占了70%以上。因此，切不可因疼痛有节律性，服制酸药后使症状减轻，即轻易当作是溃疡病。特别是上腹部反复疼痛，间断有黑便，药物治疗效果欠佳者，应进一步做胃肠镜、钡餐X线检查及纤维胃镜检查，以免误诊。

青年人所患胃癌的组织血管丰富，生长迅速，浸润能力强，早期易发生转移。所以青年人所患的胃癌常病程短，进展快，转移早，不易及早被发现。有人统计，青年人所患的胃癌其中有81.4%的病程在1年之内，早期可出现消化道症状，但常未引起注意，以后病情迅速发展，短期内即出现全身症状，如严重贫血，明显消瘦、乏力、心悸等。所以对青年人中、重度贫血，且贫血程度与消化道出血不成比例者，应多考虑胃癌，进行相应检查。

青年人患大肠癌的特点　腹泻是青年人大肠癌最常见的症状，其次为腹痛、黏液便。由于未引起重视，常被长期误诊为肠炎、菌痢，给予各种抗生素药物治疗后效果差，有的就被扣上了“慢性结肠炎”、“慢性菌痢”、“肠功能紊乱”的帽子，未作深入细致的检查。有些人可因血便被当作是“痔疮”、“肛裂”，未给予重视，未进行肛指检查，到检查时肿瘤已经浸润了肠壁的大部分。大肠癌近年来发病率不断上升，青年人患大肠癌也日益多见。有人分析了误诊为“慢性菌痢”的大肠癌50例，其中20～40岁为26例，占52%，说明青年人患大肠癌并非少见。大肠癌的治疗以根治性手术最为有效，而根治性手术的关键在于早期发现，早期诊断。因此，对于青年人腹泻、腹痛、黏液便及血便，切不可掉以轻心，经常规治疗无效，应进一步做肛指检查、乙状结肠镜或纤维结肠镜检查，钡剂灌肠X线检查，以排除大肠癌。

青年人患胰腺癌的特点　过去认为，胰腺癌多发生于60岁



以上者，45 岁以下发病率低，青年人更为罕见。近年来研究表明，并非完全如此。有人报道一组青年胰腺癌患者 13 例，年龄在 26～35 岁。胰腺癌的临床表现形形色色，可因中上腹持续性疼痛、纳差、腹胀为主要症状而误诊为慢性胃炎，可因右上腹痛、黄疸而误诊为胆道系统感染，可因乏力、纳差、黄疸而误诊为急性黄疸型肝炎，可因腹痛、黑便误诊为溃疡病，还可因腹水误诊为结核性腹膜炎。由于对本病的认识不足，警惕性不高，对腹痛、黄疸往往只注重肝、胆的检查，而忽略了对胰腺的检查。因此，对于青年人原因不明的腹痛、乏力、消瘦、黄疸，应进行胰腺 B 超检查，必要时作 CT 检查，以争取早期诊断，及时治疗。

青年人患肺癌的特点 青年人患肺癌也并非少见，特别是烟瘾大、吸烟年龄早、吸烟支数多的青年更易发生肺癌。由于缺乏警惕，早期常被忽视，误诊为慢性支气管炎、支气管扩张。对少量咯血、痰中带血不引起注意，到发现时多数已届后期，癌肿已很大，或已有远处转移，出现锁骨上淋巴结肿大、胸水。对于青年人出现慢性咳嗽、咯血，特别是长期吸烟者有反复咯血、痰中带血，必须引起重视。即使是少量痰血，胸部 X 线检查阴性，也应进一步做纤维支气管镜检查。

3. 老年癌症的特点

恶性肿瘤已占老年人死因的首位 在世界范围内，癌症的发病率确是随着年龄的增长而上升。据上海地区四千余例尸检材料表明，老年人的死因中，恶性肿瘤高达 31.3%，已占首位。

老年癌症有以下特点 ①衰老和慢性炎症是老年人易患癌症的基本原因。人体在中年以后免疫功能逐年减退，到了老年时期体内 T 淋巴细胞、自然杀伤细胞和巨噬细胞功能衰退，不能及时识别并消灭初发的肿瘤细胞，最终导致肿瘤细胞的疯狂




增殖。慢性炎症的长期存在，显然也与癌症发生有关，如患前列腺增生症的人，得前列腺癌的危险性较大。②隐匿性癌较多。这是指生前未能被发现，也非致死病因的癌肿。隐匿性癌的发生率一般为3.5%，而老年人则达5.6%，且随年龄上升而增高。60岁以上的老人，临床癌症发病率为12%，而尸检检出率则高达24.8%。其中以前列腺癌、甲状腺癌、肾癌和结直肠癌尤为显著。③多发性癌较多。多发性癌系指多个先后出现的各自独立的原发性癌，各癌之间不属于转移或浸润扩展性质。小于40岁的人多发性癌的发病率仅4%，而老年人尸检的检出率为9.3%。④以实体瘤为主。所谓实体瘤，说得简单些，即是除去血癌(血液系统恶性肿瘤，如白血病)外，人体所有器官的恶性肿瘤。我国老人中最常见的癌是食管癌、胃癌、结直肠癌、肺癌、肝癌、前列腺癌、宫颈癌等。⑤确诊时多属晚期。日本对1 030例65岁以上的癌症老人进行尸检后发现，已有转移者高达74.8%。⑥临床症状多不典型。一些常见的老年病或衰老现象可掩盖肿瘤的存在。如胃癌一般出现食欲不振、腹胀、上腹不适、消化不良等症状，与胃炎、胃溃疡等疾病没有什么差别。前列腺癌以排尿不畅、尿流变细症状多见，往往与普通的前列腺增生别无两致。⑦对治疗反应差。老年癌症的手术病死率较高，对全身性化疗和放疗的耐受性差，容易出现严重的毒副反应，如骨髓抑制后发生的白细胞减少、红细胞减少、血小板减少比较明显，比较严重，不容易恢复。同时像感染、肝肾损害等癌肿并发症也较常见。一些化疗药物对年轻人来说不一定有严重毒性和不良反应，但是对老年人就会完全不同，不良反应十分显著，往往无法坚持治疗。正由于老年人癌症对治疗反应差，故预后不良。⑧恶性程度较低。尽管老年人癌肿的发生率高，不易早期发现，治疗效果较差，但总的来说，老年人癌肿的恶性程度较年轻人低。

了解老年癌肿的特点是重要的，因为这对早期诊断、合理处



理癌肿很有帮助。

4. 重视儿童肿瘤

儿童恶性肿瘤的特点　儿童恶性肿瘤的类型与成人有很大的差异：成人主要为胃、肺、肝、肠、乳腺癌和白血病等；而儿童则以白血病为主，占30%～50%。儿童恶性肿瘤侵袭的主要组织是造血、淋巴系统、中枢、周围神经系统和肌肉、骨骼等。病理上儿童恶性肿瘤多为原发性肉瘤和胚胎性肿瘤（约占92%），即非上皮性恶性肿瘤；而成人则以腺癌和上皮性癌症为主（约占87%）。

此外，儿童恶性肿瘤与成人恶性肿瘤还存在以下差异。诊断时病期：儿童恶性肿瘤80%已扩散；成人多呈局部或区域性。筛查试验：儿童恶性肿瘤中仅神经母细胞瘤可用测试尿儿茶酚胺的方法来进行筛查，其他无效或不实用；成人恶性肿瘤则可采用大便隐血、乳房摄片、阴道涂片、甲胎蛋白等检查来筛查。早期发现情况：儿童恶性肿瘤大多为偶然发现，而成人随医学知识的普及和筛查，早期发现率逐渐上升。治疗效应：儿童恶性肿瘤对化疗十分敏感；成人则不十分敏感。预后：儿童恶性肿瘤5年生存率大于60%，其中的60%可获痊愈，儿童急性淋巴细胞白血病、霍奇金淋巴瘤、肾母细胞瘤等已经被视为“可以救治的恶性肿瘤”；成人恶性肿瘤的5年生存率小于50%。预防：儿童恶性肿瘤的预防措施较少；而成人则可通过戒烟、改善膳食结构、减少有害物质接触等措施来预防恶性肿瘤的发生。

10种常见症状　了解以下10种常见症状，有助于及早发现儿童恶性肿瘤。①不明原因的低热、持续不退的发热。②淋巴结肿大，而且以非感染性的肿大为主。③皮下组织或其他部位的肿块。④骨骼疼痛，这多见于骨肉瘤、白血病、神经母细胞



瘤等骨浸润性肿瘤。⑤关节疼痛，不应只考虑类风湿关节炎、风湿性关节炎，必须了解有15%～20%的关节疼痛发生于白血病患儿。⑥贫血、白细胞减少、血小板减少，常见于白血病或侵及骨髓的肿瘤，必要时做骨髓象的检查。⑦反复、持续的晨起头痛，应是脑瘤的主要早期症状，应作CT、MRI检查。⑧呕吐、神经瘫痪等症状。⑨腹部肿块，大部分慢性白血病有巨脾，神经母细胞瘤和肾母细胞瘤可以无症状地出现一个大的腹部肿块。要提倡家长养成经常抚摸孩子肚腹的习惯，观察有否不正常的肿块。⑩眼睛的变化，主要是指视网膜母细胞瘤出现的黄、白色反射光和视野的变化。

儿童恶性肿瘤的发病率正日益上升，而多数人对此认识不足，存在恶性肿瘤与儿童关系不大的错误观念。加以儿童恶性肿瘤早期时缺乏特异性临床表现及检测手段，因此不易早期发现及治疗。

5. 伴癌现象

癌症患者除了癌肿压迫周围组织器官，引起各种症状外，还可因癌肿合成的与真正内分泌激素十分相似的物质，引起许多全身表现。后者称之为“伴瘤综合征”或“副癌综合征”。这些全身表现在癌症本身症状还不十分明显时就可相当突出，常会转移人们的注意力，误诊为其他疾病，及至发现癌症时，往往为时过晚，失去根治机会。20世纪70年代末，上海科技界一位中年知识分子，最初就是因为“伴癌综合征”而收治于内分泌病房，反复检查数月，最后发现肺癌时已广泛转移，终于不治。

伴癌综合征的表现多种多样，扑朔迷离。

代谢变化　最常见的是高血糖症和高血钙症。约30%的癌症患者有明显的糖尿病或葡萄糖耐量曲线呈糖尿病型变化，



较常见于肺癌、胰腺癌及肾上腺嗜铬细胞瘤。各种恶性肿瘤骨转移者，高血钙发生率为10%，特别是乳腺癌患者，并发高血钙者达15%～62%。有人发现，乳腺癌患者血钙升高前碱性磷酸酶通常降低，而尿钙排出量已有增加。50%～60%的多发性骨髓瘤患者有高血钙，病程短促者，尿钙排出量与血钙均增高。

内分泌变化　由于癌肿产生类似内分泌激素样物质，可产生相应的内分泌变化。例如，肺癌、胰腺癌、消化道其他腺癌及甲状腺癌等，可产生促肾上腺皮质激素或黑色素细胞刺激素，引起肾上腺皮质功能亢进，出现满月脸、肩背脂肪组织堆积、高血压、糖尿病等库欣综合征；或者出现慢性肾上腺皮质功能减退的症状，如皮肤色素沉着、肌肉无力。肺癌、胰腺癌、十二指肠癌、前列腺癌、恶性淋巴瘤可产生血管升压素，引起少尿、水肿、低钠血症。肺癌、肾癌、卵巢癌、恶性淋巴瘤与消化道癌可产生甲状旁腺激素，引起血钙增高、反复尿路结石，还可出现恶心、厌食、体重下降及神经精神症状。肺癌、肝癌、胃癌可产生绒毛膜促性腺激素，引起男子乳房增大发育，如同女性乳房一般。肺癌、胃癌可产生生长激素，引起骨关节肥大、疼痛肿胀。消化道癌、肝癌、肺癌、生殖系统癌可产生促甲状腺素，引起甲状腺功能亢进，出现消瘦、肌无力、神经质、心动过速。肝癌、肾实质癌、肺癌可产生促红细胞生成激素，引起红细胞增多，颜面发红。肝癌、肾癌、盲肠癌、肺癌等可产生类胰岛素样物质，引起低血糖，出现面色苍白、出冷汗、手抖、疲乏，甚至低血糖昏迷。

异常心血管表现　某些心血管异常表现是内脏癌肿的线索。例如，游走性血栓性静脉炎一般见于晚期恶性肿瘤，但有1/3患者血栓性静脉炎可出现于癌肿的临床表现之前。男性以肺癌多见，女性以生殖器官癌为最多，其次为胰腺。在切除癌肿后，静脉炎可消失。非细菌性心内膜炎约为1/3见于癌症患者，表现为纤维蛋白在心瓣膜上积聚形成疣状血栓；栓子脱落可导



致脑动脉、冠状动脉及肢体动脉栓塞，发生缺血性脑卒中、心肌梗死及其他相应脏器梗死，甚至可引起猝死。多见于会产生黏蛋白的胃、肺或胰腺癌。

癌症患者伴发皮肤损害　恶性肿瘤发生皮肌炎的概率比一般人群高5～7倍。40岁以上的皮肌炎或多发性肌炎患者中有10%～15%并发恶性肿瘤，以胃癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌及前列腺癌为多见。在恶性肿瘤症状出现前2～48个月即可发生皮肌炎或多发性肌炎；肿瘤切除后，皮肤及肌内症状可缓解，肿瘤复发皮肌炎也可复发。

黑棘皮病约有50%并发内脏恶性肿瘤，两者同时发生占61%，肿瘤在先占20%，皮肤病变在先占17%，两者间距可达十几年者也能见到。多数系腺癌，92%位于腹腔，其中多数为胃癌；腹腔外肿瘤以肺癌为多见。其他皮肤方面表现，如脑瘤患者常可有鼻部奇痒，脑膜恶性肿瘤，特别是恶性程度高者可有全身瘙痒。乳腺癌、肺未分化癌、霍奇金淋巴瘤、部分肝癌和胃肠道癌也可先有剧烈的皮肤瘙痒，以后再出现癌肿局部表现。部分老年胃癌患者，在胃部症状出现前3周至6个月，先有皮肤剧烈瘙痒，随之出现上千个孤立散在的疣赘。胃癌切除后，瘙痒减退，小疣赘也消退，癌肿复发又可再出现。恶性肿瘤患者发生带状疱疹的范围广泛，反复发作，常呈两侧性。此外，还有报道肺癌合并硬皮病，而且皮肤症状出现在先。

恶性肿瘤还可影响神经系统　如肺癌可引起肌无力综合征、周围神经炎。白血病、淋巴瘤可引起多灶性脑白质病变。肺癌、乳腺癌、子宫颈癌可发生小脑退行性变，出现头晕，活动不协调、言语困难，严重者可发生痴呆、神志不清，而这些症状并非因癌肿颅内转移所致。

肺癌患者常有杵状指(趾)，可在短期内发生；指端局部发热，有烧灼感，可先于肺癌表现发生。类似类风湿关节炎的表现



可在肿瘤症状出现前几个月发生，多个关节红肿，而类风湿因子阴性。

伴癌综合征的表现多种多样　由于可先于癌症本身的症状出现，故常误诊。因此，40 岁以上中老年人出现体重减轻、贫血、发热、急剧发生的杵状指(趾)、骨关节痛、男子乳房增大、皮肌炎、血栓症等，应十分重视。

6. 癌性腹泻

在一般人的认识中，对腹泻与肿瘤之间的联系很少想到。现代医学发现，腹泻不仅仅是肠道炎症或肠功能紊乱所特有的表现，还是一些重要脏器的病变信号，特别是某些恶性肿瘤，应引起高度的重视和警觉。

通常，消化系统尤其是胃肠道的恶性肿瘤如胃癌、结肠癌、直肠癌等极易发生腹泻，但这类癌症较易引起人们的重视。而最容易迷惑人的是其他部位癌肿所致的腹泻。

肺癌　生理病理学研究证实，某些肺癌细胞可产生多种调节肽，如促肾上腺皮质激素、甲状旁腺激素、降钙素、5-羟色胺等，这些激素直接进入血液循环，使人出现类癌综合征，腹泻就是一个突出的症状。

肝癌　肝癌是肝硬化常合并的肿瘤，肝癌的临床症状酷似肝硬化，缺乏特异性。国外医学工作者研究发现，腹泻是肝硬化患者发生肝癌的早期表现，在确诊为肝癌前的 3 个月内发生腹泻者占 50%。由于肝癌常伴肝硬化，造成门静脉高压，导致肠壁淤血、水肿，消化吸收与分泌功能紊乱，因而发生腹泻。加之肝癌患者体内胆盐减少，可致脂肪吸收障碍，易引起消化不良性腹泻。有人认为，肝癌伴腹泻的发生机制主要是由于肝癌肝功能障碍引起，或由于某些物质如促胃液素、血管活性肠肽和前列



腺素产生而引起腹泻。因此提醒肝硬化患者，在发生不明原因腹泻时，应高度警惕发生肝细胞癌的可能性，及时到医院检查甲胎蛋白、癌胚抗原、碱性磷酸酶等，以便早期发现，早期治疗。

甲状腺癌 甲状腺癌中的髓样癌占全部甲状腺肿瘤的5%～9%，该肿瘤除分泌降钙素外，还可产生其他具有生物活性的物质，20%～30%的患者可发生腹泻。一旦肿瘤被切除，腹泻便可自行消失。但肿瘤复发或转移后，腹泻再度出现。有研究证实，腹泻原因是癌组织分泌前列腺素影响了可引起血管收缩的肠肽和5-羟色胺，导致肠蠕动亢进。

生长抑素瘤 本病是胰岛素D细胞大量分泌生长抑素引起糖尿病、胆道结石及消化不良为主的症候群。80%为恶性，好发于45～75岁的中老年女性。引起腹泻的原因可能与肿瘤分泌多种激素或激素类物质有关。

其他肿瘤 如促胃液素瘤、高血糖素瘤、胰多肽瘤、胰抑胃肽瘤、胰腺癌等，这些肿瘤虽然比较少见，但都可因分泌异位激素导致轻度、中度或重度腹泻。

除上述"癌性腹泻"外，癌症患者代谢紊乱，易合并感染，故腹泻症状是十分多见的。

7. 哪些疾病易与癌肿共存

越来越多的证据表明，某些疾病易与癌肿共存，虽有时似乎是巧合，但很可能有因果关系。由于这些疾病与癌症共存，给诊断增加了困难，极易对癌症造成误诊。下面几种疾病易与癌肿共存。

阑尾炎与结肠癌 专家们认为，结肠癌首先可引起结肠刺激症状，表现为节段性收缩增强，除正常的胃结肠反射外，癌肿本身刺激结肠，引起持续的痉挛性收缩。回盲瓣功能良好时，病



灶以上肠腔基础内压将持续增高，当回盲腔与阑尾腔压力差达到一定程度时，可致阑尾产生功能性梗阻，正常引流被破坏，菌群失调，诱发炎症。此外，癌细胞转移可致阑尾淋巴回流障碍，阑尾水肿、缺血，抗感染能力下降，再加上阑尾基底狭小，回盲瓣肿胀关闭，病理性黏液分泌增多等因素，加重阑尾梗阻，给细菌感染创造条件，也可诱发炎症。

甲状腺功能亢进症与甲状腺癌 甲状腺功能亢进合并甲状腺癌患者中，女性明显多于男性，高发年龄段在 20 岁以下和 40～60 岁。由于甲亢合并甲状腺癌的突出症状是高代谢症候群，因而术前诊断率较低，国外报道为 20%～70%，国内为 0%～30%。现在已知，抗甲状腺药物、放射治疗诱发甲状腺组织发生癌变。此外，促甲状腺素是甲状腺组织增生的重要因子，它能刺激甲状腺细胞的生长、组织增生及脱氧核糖核酸的合成，甲状腺组织细胞过度增生分裂，从而导致癌变。

胆囊结石与胆囊癌 胆囊结石并发胆囊癌的概率为25%～95%，直径在 3 厘米以上的结石，发生胆囊癌的危险性比 1 厘米以下者高 10 倍。结石机械性刺激胆囊慢性炎症，使黏膜上皮在反复损伤和再生修复的过程中出现上皮异型化，进而癌变。另外，存在于消化道的梭状芽胞杆菌能促使胆酸发生核脱氢反应，转化为去氧胆酸和石胆酸，后两者在结构上是致癌性多环芳香族烃类化合物的同族物。从胆囊结石或感染的胆囊汁培养出来的细菌有一部分便是这种厌氧性细菌。

肺结核与肺癌 肺结核与肺癌均为消耗性疾病，都可引起机体抵抗力降低及免疫功能下降，给另一种疾病的发生创造条件。如果在肺结核的基础上发生肺癌，可能为肺结核的慢性刺激促使病灶和邻近部位的上皮细胞化生，从而诱发癌变。相反，在肺癌的基础上发生肺结核的情况，则可能是放疗和大剂量化疗后机体抵抗力和免疫力下降，导致结核杆菌感染，患病的机会增加。



8. 异常出血与癌肿

便血　早期大肠癌因肿瘤体积较小，肠黏膜完整，一般不会出血。随着病情发展，由于炎症、血液循环障碍、大便摩擦等原因，肠黏膜发生糜烂、溃疡或肿瘤破溃可发生出血。当发生少量出血时，肉眼不易察觉，但粪便隐血试验阳性。出血量大时，出现肉眼血便。结肠近端肿瘤出现黑便或柏油样便，结肠远端或直肠肿瘤多见暗红色或鲜红色大便。

鼻腔出血　鼻咽癌早期的出血率约为 31.8%，常擤出血丝鼻涕、鼻腔、鼻窦恶性肿瘤，鼻出血也常为早期症状，出血量一般不多，但反复发生。

血尿　能引起血尿的原因很多，如肾炎、尿路感染、泌尿系统结石等，这些疾病引起的血尿大多伴有其他症状。如果是无痛性血尿，而且没有其他症状和不适感觉，血尿不经治疗可暂时消失，血尿呈间歇性，时有时无。这种间歇性、无痛性血尿往往是泌尿系统恶性肿瘤的征兆。

阴道出血　子宫颈癌的早期症状是少量接触性出血如性交出血。绝经后间断性出血或血性白带也常为宫颈癌引起。随着病情发展，出现不规则阴道出血，先是少量，以后增多。子宫内膜癌主要症状是不规则阴道出血，量少或中等，未绝经的患者，可表现为月经持续时间长，或有周期中间出血，有时伴有血性白带。

痰中带血　早期肺癌可出现痰中带血，多为持续或间断性的痰中带血或少量咯血，血痰中血多痰少，大量咯出较少见。

乳头出血　乳腺癌患者有时以乳头溢液为首先出现的症状，乳头溢液含血液或乳头滴血水或黄水中带血丝，要警惕乳腺癌。



牙龈出血　白血病的早期可有牙龈出血症状，出血表现占白血病的80%左右。

9. 天然“警报器”——浅表淋巴结

浅表淋巴结是疾病早期信号　淋巴结分布全身，有些淋巴结位于身体浅表部位，如耳前、耳后、枕骨下、颈部、锁骨上窝、腹股沟、腋窝等处，可以触摸到。正常情况下，浅表淋巴结的直径多在0.2～0.5厘米，表面光滑柔软、无粘连、无压痛。当人体某处淋巴结出现肿大或异常，说明所属区域的组织、器官可能有病变发生，因而浅表淋巴结有天然“警报器”之称。

不同疾病的淋巴结也有特异性　除去炎症、结核等引起的浅表淋巴结肿大外，最重要的是癌细胞淋巴结转移。这种肿大淋巴结的特点是质地坚硬，表面凹凸不平，增大的速度较快，常无疼痛和压痛，基底部常粘连固定。癌细胞淋巴结转移有一定的规律，不同的癌肿淋巴结转移的部位也有所不同，当胃和腹腔内其他脏器的癌肿淋巴转移时，常出现在左侧锁骨上淋巴结肿大；乳腺癌常出现腋窝淋巴结肿大；鼻咽癌早期即可出现颈淋巴结肿大；子宫癌、睾丸癌、直肠癌出现腹股沟淋巴结肿大；患淋巴性白血病时，全身各处淋巴结均表现肿大。恶性淋巴瘤是起源于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤，首先出现的症状常是在颈部、锁骨上、腋窝等部位的浅表淋巴结无痛性肿大。浅表淋巴结肿大，等于为人们拉向了警报，告诫人们必须加以重视。

10. 恶性肿瘤与发热

恶性肿瘤患者发热者不少　有的首发症状便是发热。恶性肿瘤患者发热的原因多种多样，以细菌、病毒、真菌或寄生虫感



染引起的发热最为常见，其次为恶性肿瘤患者所特有的癌热。某些化学药物如博莱毒素、柔红毒素、顺铂、门冬氨酸酶以及干扰素、某些免疫制剂也可引起发热。其他发病原因有与输血及血制品有关的致热原反应，非化疗药物引起的变态反应，癌转移到中枢神经系统以及放疗的不良反应等。

感染引起发热　恶性肿瘤患者由于体质虚弱，加上化疗、放疗后杀伤了大量的白细胞，因而十分容易被多种微生物侵入而感染发热。据估计，化疗后粒细胞减低患者中约60%的发热由感染引起，在这些患者中约30%有菌血症。20%的发热由细菌引起但无菌血症，还有10%由非细菌性感染所致，尤其是真菌。在恶性肿瘤感染中，需特别注意厌氧菌和真菌的感染，前者用一般抗生素效果不大，甚至无效，而对真菌感染来说，滥用抗生素反可加重病情。感染引起的发热常伴有恶寒、出汗等明显中毒症状，心率快、心动过速一般与发热程度成正比，即热度越高，心率越快。

癌热一般在38～39℃之间　即使高达40℃，其中毒症状并不显著，常没有畏寒与相应的心动过速，这一点与感染性发热是不同的。癌热几乎常为间歇性，即有时发热，有时不发热，每次发热持续时间可长短不一，有时肿瘤引起的症状虽完全或部分缓解，但发热仍可持续数月。

癌热常见于肿瘤的进展期　有广泛肿瘤坏死或明显肿瘤细胞破坏的患者更易发生。发热的原因还不十分清楚，据研究，与炎症、癌性肝转移后干扰了致热原性类固醇的结合，瘤细胞产热过多，吸收生成了大量内源性致热原、白介素1及肿瘤坏死因子等因素有关。

癌热对强化、长期抗生素治疗无效　各种退热药，如阿司匹林、对乙酰氨基酚（扑热息痛）等可使感染性发热暂时消退，但对癌热都很少有帮助。

癌热有一个特点　非类固醇抗炎止痛药，如吲哚美辛（消炎



痛）、双氯芬酸（扶他林）、美洛西康（莫比可）等对其有特别显著的退热作用，因而，目前已将此用于鉴别感染性发热与癌热。初步研究表明，该类抗炎止痛药只对癌热有明显作用，少量服用后体温即可退至正常。但是非癌热性发热，包括感染（细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体引起的发热）、药物过敏、放疗等引起的发热则全然无效，即使用量再大，服用时间再久，并无降热作用。由于有这个特点，目前医学上已将一种称为萘普生的非甾体（即非类固醇）消炎止痛药作为鉴别癌热的重要手段，称为萘普生试验，其方法为 3 次总剂量 375 毫克，每次间隔 12 小时，热退者则提示癌热可能。我国目前萘普生每片剂量为 100 毫克，因而 3 次总量为 300 毫克即可。如果没有萘普生（因为目前非甾体类抗炎止痛剂很多，萘普生用于治疗常见的风湿关节痛已经很少），则选用其他非甾体抗炎剂同样可以，比如选用莫比可 7.5 毫克/次，间隔 12 小时一次，共 3 次，总剂量为 22.5 毫克，也可作为鉴别癌热的试验。

国外学者建议癌热的诊断标准为　①每日至少有一次体温高于 37.8℃。②发热时间超过 2 周。③体检、实验室及 X 线检查无感染证据。④无过敏情况。⑤用经验性及合适的抗生素治疗 7 日后发热仍不退。⑥用非甾体抗炎止痛剂后发热迅速完全消退，继续用药可维持正常体温。

对于一些“不明原因”的发热要高度重视　因为其中有些是与肿瘤相关的，而且可作为首发症状出现，即在癌肿特有症状出现之前，发热便可存在一段时间，此时若能引起重视，及时进行一些详细的检查，就有可能发现一些早期的癌肿。从这个层面分析，发热，特别是符合上述特点的发热，是癌肿的一种重要迹象。

11. 无痛性肿块是隐蔽杀手

许多无疼痛症状的肿块就像披着迷影服的杀手，因其隐蔽



而无不适感觉，很容易被患者所忽视。

乳房无痛性肿块要警惕乳腺癌 乳腺癌是中老年妇女常见的恶性肿瘤，开始大多表现为乳房有无痛性的肿块，这种肿块往往比较小，质地坚硬，表面不光滑，与周围组织分界不清，肿瘤侵犯皮肤时可将乳房上抬，皮肤被牵拉而呈凹陷状，即“酒窝征”，继续发展形成“橘皮”样变。

颈部无痛性肿块要警惕甲状腺癌 甲状腺癌近年来有增多的趋势，而且年龄从二十多岁到六七十岁的都有。特点是在颈前区有随吞咽而活动的肿块，这种肿块无疼痛，按压时也不感到疼痛，质地并不十分坚硬，边界也比较清楚。如果短期有明显增大，甚至伴有声音嘶哑，应该高度怀疑甲状腺癌。从临床实践看，颈部无痛性肿块在颈前区大部分是甲状腺腺瘤，少数是甲状腺腺癌，因此要求所有甲状腺手术都要作术中冰冻切片病理检查，以便及时确定疾病性质。

乳突部下肿块与鼻咽癌 耳部的乳突部就是位于耳垂后面的那块隆起的骨突，在乳突的下方如果长出一个坚硬的、不痛的肿块，很可能是鼻咽癌的一种典型表现。这种肿块实际上是颈淋巴结，鼻咽癌最容易转移至该处淋巴结，有时甚至鼻咽部的癌病灶很小，难以发现，而以乳突下淋巴结肿大为首发的症状。

腹部无痛性肿块要警惕腹腔癌肿 腹部发现包块，右上腹要警惕肝癌、胆囊癌，需要做B超、甲胎蛋白测定，必要时要作CT、MRI检查；左右下腹要警惕肠癌，应该做粪便隐血试验、肛门指检、气钡X线造影检查、肠镜检查等；中上腹肿块要警惕胃癌，选择胃镜检查、X线造影检查等；有时儿童腹部肿块还与畸胎瘤、肾母细胞瘤等有关；至于腰侧无痛性肿块则必须考虑肾癌的可能；小腹部肿块提示子宫癌、膀胱癌、前列腺癌等。

腹股沟部无痛性肿块与泌尿、生殖系统癌肿 腹股沟部即鼠蹊部，位于大腿根部，此处的无痛性肿块大多是转移性淋巴结



癌，其原发病灶以睾丸、宫颈、前列腺、直肠癌为主，当然，也可以是恶性淋巴瘤的表现。

无论位于身体的哪一个部位，出现肿块都是需要加以重视的，但无痛性的肿块更要十分注意，因为如果是疼痛的肿块，往往提示与炎症有关，而不感疼痛的，用力按压也不痛的肿块，则很可能与癌性肿块或转移性淋巴结癌相关。专家指出：无痛性肿块是人体癌肿的重要信号。

12. 哪些肿瘤会引起嗓音嘶哑

要知道哪些肿瘤可引起声音嘶哑，先要了解声音是怎样形成的。

嗓音是由声带振动引起的，而声带的运动必须由喉的肌肉、关节、神经的正常功能来保证。喉神经的中枢名叫疑核，位于延髓中，由延髓发出的神经和迷走神经一起穿过头颅底部的颈静脉孔出颅。在颈总动脉和颈内静脉的后方，下行至胸腔，然后分为左右两支喉下神经，在甲状腺内侧入喉。在整个神经分布范围中，周围器官和组织的肿瘤都可以侵犯或压迫神经引起声带麻痹，导致声音嘶哑。

喉癌　喉下神经在胸腔内与两肺上叶贴近。两肺上叶的癌症或纵隔淋巴结转移癌很容易侵犯或压迫喉下神经引起患侧声带麻痹。对左侧声带麻痹的中老年人更应提高警惕，因为左侧肺尖较高，肺部癌肿更易侵犯喉下神经。

食管及气管癌　这两种癌发展到管腔外时，可侵犯喉下神经，左侧较右侧更易受侵袭，因为左侧的神经更贴近气管和食管。

甲状腺癌　喉下神经是在甲状腺内侧喉软骨的缝隙间进入喉内的，当甲状腺患癌时，很容易侵犯喉下神经，引起发声障碍。



良性的甲状腺肿瘤，如十分多见的甲状腺瘤，很少引起声带完全麻痹，因此，甲状腺有结节并有声音嘶哑时，应疑及甲状腺癌。

喉癌　是引起嗓音嘶哑的常见原因。声门癌较易发现，而声门下喉癌及声门旁间隙的肿瘤不易被及时查明，尤应注意。喉癌都有声音嘶哑，且逐渐加重。然而，声门上部喉癌在早期可无此症状，只有癌肿累及声带时才出现。声门上部早期喉癌以喉部异物感为常见，并且较早出现颈部肿块。各型的喉癌，随着癌肿逐渐增大，可有不同程度的声音嘶哑、刺激性干咳、反射性疼痛及呼吸困难等症状，声门下部喉癌的呼吸困难尤为严重。总之，早期喉癌缺乏明显的症状，即使有轻度症状也容易被忽视。其间，尤应关注的早期表现是逐渐加重的，不能减轻、改善的声音嘶哑。为了做到早期发现、早期诊断喉癌，凡原因不明的声音嘶哑，历时 2 周以上不愈的，或喉部有异物感、痰血、轻度喉部疼痛，均应警惕，特别是 40 岁以上者，长期大量吸烟者，要及时去专科医院检查，其中最为重要的便是接受喉镜的检查和活组织切片检查。

此外，脑瘤（如长在延髓疑核附近的脑瘤）、咽旁间隙和颈静脉孔周围的恶性肿瘤，都可侵犯或压迫支配声带活动的神经而引起声带麻痹，从而引致声音嘶哑。

13. 肿瘤出现的眼部症状

人体的许多疾病可出现眼部的症状，肿瘤也不例外。尤其重要的是，有些肿瘤的最初表现仅是眼部表现。因此，对眼部不易被重视的“小毛病”应予警惕。

肿瘤所致的眼部表现（这里所指的肿瘤不是指原发于眼部的肿瘤），常见的有以下几个方面。

视力障碍　人体所以能辨清物体，是由于视网膜感光刺激



后，经视神经、视交叉、视束、外侧膝状体、视放射，到达枕叶视觉中枢，经分析综合而产生视觉。以上任何部位发生占位或压迫病变，都会对视力发生影响。视力下降，可表现为单眼或双眼视力减退，以及偏盲及象限盲（视野可分为4个象限）。引起视力障碍的常见肿瘤有：脑神经胶质瘤、脑血管母细胞瘤、颅咽管瘤、垂体腺瘤、胆脂瘤（发生于耳乳突部内的一种肿瘤）等，颅内转移性肿瘤，常见者如肺、乳房、子宫、胃、结肠、前列腺、胰等处的恶性肿瘤。其中肺癌是脑转移癌中最常见的一种，而且转移到脑部的肿瘤所致之症状较其原发灶所引起的症状更为明显。因此，对中老年人的视力下降要疑及肿瘤的存在。肿瘤为什么会引起视力障碍呢？主要原因有：侵犯或压迫视觉传导路的某一部位；血液循环障碍，使眼部动脉供血不足或静脉淤血；肿瘤性因子或异位分泌激素的作用。此外，肿瘤还可引起视野缺损。如果肿瘤侵蚀一侧视神经则该眼全盲。如果肿瘤发生在视交叉及其以上部位，那么出现相应区域的象限视野缺损，脑部枕叶原发性肿瘤及肺癌、鼻咽癌的颅内转移癌，均会有视野缺损的表现。

眼睑运动障碍　眼睑运动是由面神经和动眼神经中的交感纤维支配的。发生在脑部和颈部的肿瘤均可引起眼睑运动异常，最常见的表现为眼睑闭合无力及上睑下垂。

复视　眼球运动是由双侧的眼外肌协调运动完成的，它保证使某一物象能落在双侧视网膜的对应点上，以形成单一的视象（双眼单视）。如果肿瘤侵蚀或压迫了相应脑神经的传导路，就会对某一物体形成双重象或多重象（复视）。

瞳孔异常　瞳孔运动由交感和副交感神经双重支配。位于动眼神经及其邻近部位的肿瘤，会使同侧瞳孔扩大，甲状腺癌等颈部肿瘤则使同侧瞳孔缩小。

眼底改变　侵犯颅内的肿瘤可引起颅内压升高，使视网膜



静脉回流发生障碍而引致视神经乳头水肿。小脑及第四脑室的肿瘤最易引起视神经乳头水肿，且在早期即可出现。靠近视神经孔的肿瘤，会较早地引起视神经萎缩。若肿瘤转移到脉络膜，在视网膜上能见到肿块、结节状隆起等变化。白血病的眼底改变以环状视网膜出血为特点。

14. 40岁："一点癌"的危险期

癌症就如"冰冻三尺，非一日之寒" 癌症的发生和发展与其他事物一样，也有个从量变到质变的过程。除了少数发展较快外，多数是"冰冻三尺，非一日之寒"，只不过人们对某些蛛丝马迹视而不见罢了。

从"一点癌"到症状明显的癌症需要近10年时间 国内外许多研究资料提出，从癌细胞刚形成不久后的初生癌（也叫"一点癌"）发展为明显的癌症，可能需要近10年的时间。在这段时间里，若不详细检查身体，是很难查出癌症的。由于50～60岁是多数癌肿的发病高峰年龄段，所以，40岁左右就是"一点癌"的发生高峰期。德国医学专家指出，妇女从40岁起就应定期检查乳房。他们对3.3万名40岁以上的妇女每年进行一次乳房检查，结果发现168名乳腺癌患者，发病率为509/10万，有8%的患者已经有了转移。因此，对40岁左右的中年人定期进行健康检查，特别是癌症检查，意义是不言而喻的。

癌症形成的第一阶段、第二阶段 环境中的致癌物质进入人体后，并不能直接接使人体产生癌。人体的代谢可使它们变为水溶性很好的代谢结合物而排泄出去，但也可能在酶的生物转化作用下，使它们变成能直接引起细胞脱氧核糖核酸突变的最终致癌物。这仅是癌形成过程的第一阶段（激发阶段），只需几秒钟至几小时。在第二阶段（即促发阶段），受损的细胞逐步



转变为癌细胞，当它变成临床上能察见的癌时，只有一个火柴那么大，但包含了约3 000万个癌细胞。第二阶段相当长，需几年至几十年。“一点癌”是指第二阶段的初期，此时肿瘤刚形成不久，仅存在于局部组织内，尚未侵犯到深层组织，生长活力还不太强，如在此时发现，几乎百分之百的患者都可以得到根治。

癌症初期的危险信号　为了使人们警惕“一点癌”，提醒大家注意以下 10 个危险信号。①身体的任何部位出现逐渐增大的肿块及经久不愈的溃疡，肿块迅速增大时更应想到癌变的可能。②妇女的乳头有血性分泌物，不规则的阴道流血及大量白带。男性乳房有硬块或泌乳，尤其是单侧出现者更应注意。③单侧鼻出血，单侧逐渐加重的头痛，伴有呕吐、复视。④突发性干咳，阵发性或痉挛性咳嗽，痰中带血丝，或持续性不明原因的声音嘶哑。⑤排便困难，或便秘与腹泻交替出现，大便、小便带血（血便、血尿）及脓性黏液分泌物。⑥不明原因的久治不愈的消化不良、低热、食欲减退、胃部不适、消瘦、贫血。⑦皮肤黑痣突然增大或破溃，或有出血、疼痛、瘙痒、脱毛、颜色改变。⑧进食时，胸背后闷胀、灼痛、异物感，或吞咽感到不顺利、发噎。⑨唇、舌、口腔、阴茎、阴唇、肛周有白斑、萎缩、出血，以及疣状突起伴奇痒。⑩重度子宫颈糜烂、接触性出血、包皮过长反复发生积垢不适。

15. 血钙持续升高的背后

一位中年男性，精力充沛，身体素健。在一次感冒后经常感到口干、多尿，尤其是十分疲乏，不思饮食，并有恶心感和便秘等症状。始疑是肝炎，但肝功能检测正常，后考虑糖尿病，而血糖、尿糖、糖耐量检查均未有异常表现。约月余，患者出现反应迟钝、神情淡漠、肌力下降等情况，医师为他做了钠、氯、钾、钙等电解质的测定，结果发现血中氯浓度稍下降，而钙值却高达 4 毫摩



尔/升，其他正常。经多种检查，并未发现甲状腺功能亢进、甲状旁腺功能亢进等可以致使血钙增高的疾患。那么血钙缘何增高呢？一时难下定论，就在观察随访的2个月后，患者发生干咳、胸痛症状，胸部X线提示发现肺部有异常块影，手术证实为肺癌，未见有淋巴及远处脏器或骨的转移。

肺癌引发高血钙　其实，这位患者开始出现的一系列症状是由于血钙过高引起的，而血钙过高的原因是肺癌。恶性肿瘤合并高血钙症最多见的是肺癌，其次为乳腺癌、头颈部癌、多发性骨髓瘤等，出现于结肠癌者罕见。

癌性高血钙症时常会出现一些症状和体征　最多见的是精神神经方面的症状，如容易疲倦、嗜睡、感觉迟钝、神情淡漠、肌张力下降等；当血钙浓度超过正常值较高时，还会发生急性精神神经病变，有时甚至昏迷。其次是消化道方面的症状，表现为恶心、呕吐、厌食、腹痛、便秘等，严重者还能并发消化道溃疡。第三方面的症状有尿频、口渴，尤其是夜尿次数增加，这提示肾小管功能已受损害，进一步发展可引起钙性肾小球病变、肾小管性酸中毒、糖尿、氨基酸尿和磷酸盐尿等。在这三方面的症状中，精神神经症状最早出现，也比较多见，此时肾脏功能尚未累及，应予以高度重视。如果一个人不明原因地出现疲乏、嗜睡、感觉迟钝、淡漠，发生得比较突然，要想到测定血钙，如果血钙很高，提示可能隐匿着某种恶性肿瘤。

癌性高钙血症的特点　癌性高钙血症与其他疾患引起的血钙增高表现有所不同，其特点是起病急，伴明显消瘦，很少合并肾结石、胰腺炎，这些情况与甲状腺功能亢进、甲状旁腺功能亢进是不同的。另有一项指标在诊断上很有价值，那便是甲状旁腺素水平，甲状旁腺功能亢进时，血钙和甲状旁腺素均增高，而如果仅有血钙增高而甲状旁腺素不增高，则应考虑恶性肿瘤的可能。



高钙血症不仅为肿瘤的发现提供了线索，而且可预示肿瘤的预后，血钙持续过高，预后较差，病死率甚高，值得高度重视。

16. 类癌有何迹象

某中年妇女近年来出现一种奇特的现象，皮肤的颜色会不断快速地变化。开始时颜面皮肤莫名其妙地会变红，以后扩散蔓延至颈、肩、上臂、胸部，约数分钟后变为紫红色，继之又转为苍白，而后恢复正常。整个发作历时约半小时。除去这种瞬息多变的皮色外，这位妇女无任何其他不适。虽然多次去医院诊治，均含糊告知可能与更年期综合征或自主神经功能紊乱有关。后因右下腹反复隐痛，要求详细检查该部位，医师触诊后似乎能触及一个肿块，但是钡剂灌肠X线摄片检查、肠镜和CT检查，未发现有异常块影。当时并没有将右下腹的疼痛与皮色多变联系起来，只是疑及结肠肿瘤而予以手术探查。不料一剖腹，果然在阑尾部位发现有一肿块，病理诊断为类癌。手术切除后皮色变化的现象就此消失。

什么是类癌　类癌又称类癌瘤，是一组发生于胃肠道和其他器官的嗜铬细胞新生物，此种肿瘤能分泌5-羟色胺、激肽素、组胺等生物活性因子，引起血管运动障碍、胃肠症状、心肺病变等，这一组症状便称为类癌综合征。除了阑尾类癌外，大部分类癌发生于男性较多，90%以上类癌发生于胃肠道，主要见于阑尾末端回肠和直肠，少数发生于肺、支气管、胆道、胰管、卵巢等。

皮色多变是重要特征　类癌患者常有皮色瞬息变化的现象，多半由潮红转紫红再转为苍白，历时从数分钟到半小不等，支气管类癌引起的潮红历时较久，可达数小至数日。每周发作1～2次到每日发作数次、数十次不一，一般随病情恶化而发作日趋频繁，持续时间延长。有时可伴有发热、出汗、流泪及流口



水。进食时，尤其是饮酒时可诱发潮红和体温变化。将酒加入橘子汁中口服，3～5 分钟后，约 1/3 患者出现皮肤潮红，此种皮肤潮红激发试验可帮助判断皮色是否多变。此外，情绪激动、体力活动和吃含酪胺量高的食品，如奶酪等，注射钙剂和儿茶酚胺药物时也能促使症状发作。长期发作的患者，面、颈处见有毛细血管扩张，小静脉扩张，常出现青紫色斑纹。皮色多变往往是类癌的早期表现，通过这一重要征兆，及时全面检查，对及早治疗类癌意义十分重大。

缘何皮色会不断变化　类癌是一种能产生小分子多肽或肽类激素的肿瘤，其中的 5-羟色胺对周围血管和肺血管有强烈的收缩作用，而缓激肽别有显著的扩血管作用，因而皮肤血管不断地收缩和扩张，导致皮色的改变。

正常情况下，由食物中摄取的色氨酸仅 2%左右被用于 5-羟色胺的合成，98%进入烟酸和蛋白质合成的代谢途径。但在类癌患者，60%的色氨酸可被瘤细胞的摄取，造成 5-羟色胺合成增加，烟酸合成减少。烟酸的不足可引起皮肤干燥、粗糙、脱屑等症状。

多种蛛丝马迹　类癌除了上述的皮色改变这一重要特征外，还有一些不能忽视的蛛丝马迹：肠蠕动亢进，可有明显的肠鸣音，大便次数增多或腹痛；发作性哮喘；心脏瓣膜病；关节僵硬疼痛，指骨间关节受侵蚀等。这些表现如果不能用其他疾病解释，而且伴随有皮色改变，就更应高度警惕类癌的存在。

类癌是一种发展缓慢的恶性肿瘤　虽说不会很快蔓延、转移，但是仍然是有可能转移的，尤其是转移至肝脏。有肝转移者肝脏肿大，触摸肝脏后可诱发皮肤潮红及其他皮色改变。类癌一般缺乏恶性肿瘤常有的消瘦、食欲减退、发热等全身症状，也不出现特异性的异常检验结果，故不易被发现。类癌综合征，必须做全身详尽检查，重点以消化道和呼吸道为主，尤其是阑尾。



人们若发现自己有奇怪的皮色多变的情况，比如先出现皮肤潮红，很快变成紫红再变成苍白，千万不要只考虑更年期综合征，皮肤疾患或者雷诺现象等，而应该考虑到类癌的可能。



风湿疾病有100余种，以往所称的结缔组织病目前基本上都归入风湿病的范畴。绝大多数自身免疫病也属于风湿病。风湿病大致可分为4类：①疾病仅累及关节和肌肉。②全身系统性疾病累及肌肉、骨骼系统，同时也累及其他器官或系统。③全身性疾病引致关节和肌肉疼痛，但并不涉及肌肉、骨骼系统的任何病理变化。④弥漫性结缔组织病累及肌肉和骨骼系统、内脏、皮肤。据研究，以下一些风湿病与恶性肿瘤的发生有较密切的关系。

干燥综合征 干燥综合征是一种外分泌腺疾病。除了口眼干燥为特征外，尚可有皮肤干燥、鼻腔黏膜萎缩(引致臭鼻症的主要原因)、外阴干燥及黏膜干枯(引起中年妇女性交困难的重要因素)、消化道症状(胃、肠等分泌液减少所致)、肾小管功能障碍、关节疼痛等临床表现。近年发现，干燥综合征并发淋巴瘤的发病率是普通人群的40倍。

干燥综合征病理学改变的特征 是淋巴细胞浸润和淋巴组织增生。淋巴细胞的浸润可由局部的外分泌腺体扩展到全身各器官，淋巴组织可由良性反应性增生转化为恶性淋巴瘤。有人把介于两者之间，呈良性过程，但有大量淋巴细胞聚集成团的状态称为假性淋巴瘤。这可见于肺、肝、肾、淋巴结等处。一些医院报道、干燥综合征患者约有80％出现多系统损害(病理表现为淋巴细胞浸润)，15％～20％有不同程度的淋巴肿大，部分患者出现假性淋巴瘤、血管免疫母细胞淋巴结病、恶性淋巴瘤。所谓血管免疫母细胞淋巴结病，指的是免疫反应调节异常所致的



B淋巴细胞高度增生状态,介于良性反应和恶性免疫母细胞肉瘤的中间状态。由于血管免疫母细胞淋巴结病的病情是进行性的,因而预后不良者居多。患者平均生存期仅为1～3年,其中约为20%的病变可发展成免疫细胞肉瘤,故被认为是淋巴瘤的前期。干燥综合征并发的恶性淋巴瘤多数是T淋巴细胞淋巴瘤,或以B淋巴细胞为主的非霍奇金淋巴瘤。

干燥综合征患者如有不规则发热、体重下降,淋巴结、腮腺、脾进行性肿大,应考虑到淋巴瘤或瘤前期的可能。淋巴结的病理检查是诊断的惟一可靠方法,有多次检查方可确诊。此外,据统计,干燥综合征患者发生淋巴瘤之前,血清免疫球蛋白浓度下降,类风湿因子转为阴性,此时应引起警惕。

类风湿关节炎　类风湿关节炎患者的恶性肿瘤发生率是否比一般人群高?不少学者对此进行了长期的研究。国外一位学者对489例类风湿关节炎患者进行了长达5～20年的随访。结果发现,有42例在此期间发生了癌症,占8.6%,与该地区3%的癌症预计发生率相比,显然有很大的差异。该学者认为,高发病率主要因淋巴造血组织肿瘤多发所致,与治疗类风湿关节炎时使用的药物无关。芬兰的2份资料报道有关人员随访了213 911例类风湿关节炎患者,1年后发现恶性肿瘤患者高达1 202例,和一般人群相比,癌症的相关危险度较高,其中尤以男性患者更为明显。在所见的癌肿中,霍奇金淋巴瘤、非霍奇金淋巴瘤、多发性骨髓瘤、白血病病例明显超过预计数。还有些报道指出,类风湿关节炎与肺癌之间有一定的关联性。但也有些学者认为,类风湿关节炎患者的患癌率并不比正常人高,这可能与研究的方法或对象不同有关。目前的资料大多支持类风湿关节炎患者中免疫系统肿瘤,特别是恶性淋巴瘤的发病率有所增高。

顽固难愈的类风湿关节炎患者有时不得不使用免疫抑制剂,如氨甲蝶呤、环磷酰胺、苯丁酸氮芥、硫唑嘌呤等。这些药物



能缓解滑膜炎(类风湿关节炎的主要病理变化),但需时较久,一般用药3～12个月才能获得治疗效果。长期应用这类药物有无致癌性?这是类风湿关节炎患者十分关注的问题。18例类风湿关节炎患者用环磷酰胺治疗,10年中发生恶性肿瘤者有15例,是不用该药的类风湿关节炎患者的4.1倍,一般人群的3.7倍。其中,血液和淋巴网状组织恶性肿瘤尤其值得注意,患病率比普通人群增加15倍。同时发现,使用环磷酰胺总剂量大、疗程长的患者危险性更大。氨甲蝶呤在治疗后并未发现有明显的致癌作用,加之该药治疗类风湿关节炎的剂量甚小,一般每周仅5～10毫克,对身体不会构成潜在危害。

治疗类风湿关节炎的常用药物尚有:吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(扶他林)、阿西美辛(优妥)、美洛西康(莫比可)等非甾体抗炎止痛剂,泼尼松(强的松)等皮质激素,金制剂,氯化奎宁,青霉胺等。这些药物有无致癌性呢?据研究,抗炎止痛剂中的保泰松在长期服用后有诱发恶性肿瘤的可能,所幸该药现已被淘汰禁用。泼尼松(强的松)之类的皮质激素及金制剂很少诱发肿瘤,至少说明使用金制剂和泼尼松(强的松)治疗与肿瘤无关。

类风湿关节炎与恶性肿瘤有无内在联系呢　对此虽有不同看法,但多数认为类风湿关节炎与淋巴组织增殖性恶性肿瘤有一定的相关性。这可能是类风湿关节炎患者抑制T淋巴细胞功能缺陷、B淋巴细胞过度增生,从而导致淋巴结向恶性肿瘤转化的结果。免疫抑制剂的长期使用有可能参与肿瘤的发生,因而用药时宜密切随访。最好尽量避免应用环磷酰胺。此外,患者应经常观察淋巴结、肝、脾等方面的变化。

皮肌炎　四肢近端肌肉萎缩无力,显微镜下可见肌肉的退行性变化及炎性细胞浸润,这称为多发性肌炎。如同时发生特征性皮诊及水肿,则称为皮肌炎。40岁以上的皮肌炎患者中,约有10%以上伴有恶性肿瘤,其中70%患者皮肌炎的症状先于



恶性肿瘤出现。因此，皮肌炎与恶性肿瘤的关系是十分密切的。

约85%的患者有进行性、对称性肌肉无力萎缩，特点是发生在四肢近端的肌群，严重的可延及颈、咽、眼肌。由于上臂、大腿、腰、肩和颈部的肌肉受侵害，故相应出现下蹲后起立、上下楼梯、行走、举物和梳头困难的症状。眼睑、鼻梁、面颊、前额和指甲周围的皮肤呈暗紫红色红斑，特别是上眼睑和眼眶周围出现的红斑和肿胀，颜色宛如葡萄酒色，称为紫红眼睑，是皮肌炎的特有现象。

皮肌炎合并的恶性肿瘤范围较广，包括胃癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌、胆囊癌、结肠癌、直肠癌、子宫癌、白血病等。并发恶性肿瘤者，皮肤症状发作较剧。恶性肿瘤复发时，皮肌炎症状加重。恶性肿瘤被切除或控制时，皮肌炎症状缓解。因此，皮肌炎可作为恶性肿瘤病情变化的一项观察的指标。

坏死性血管炎　坏死性血管炎多并发恶性淋巴瘤、白血病和其他肿瘤。当存在不明原因的慢性坏死性血管炎时，应考虑隐匿的恶性肿瘤。经治疗获得缓解的肿瘤患者，如发生坏死性血管炎，应考虑到肿瘤的复发。

冷球蛋白血症　表现为雷诺现象阳性、皮肤紫癜、循环障碍、血管闭塞或坏疽，可见于浆细胞性骨髓瘤患者。

反射、交感性营养不良综合征　表现为肩、手疼痛，活动受限，手掌筋膜炎、多发性关节炎等，可比卵巢癌早出现5～25个月。颈神经根激惹所致的上肢痛或肩手综合征，可在肺上沟肿瘤患者中发生。

硬皮病可为恶性肿瘤的一种最初表现　多见于腺癌和类癌，以女性为多。

多发性风湿性肌痛症　大多先于恶性肿瘤发生，无特殊肿瘤类型，好发部位为卵巢、前列腺、肾和淋巴组织。

脂膜炎常伴随胰腺癌　表现为皮下脂肪坏死、皮下结节。

化脓性关节炎　它是进行性恶性肿瘤，特别是结肠癌的一



种并发症，由肠内菌丛引起。

系统性红斑狼疮　有发生淋巴网状系统恶性肿瘤与少数实体瘤的可能。

风湿病的发病率甚高，其中有些正是恶性肿瘤的征象，对此不可掉以轻心。

18. 关节痛的背后

有位中年患者诉说肩痛、手指疼痛、全身乏力数月，曾被诊断肩周炎、肩手综合征、肩胛骨筋膜炎等，经服用消炎止痛药及局部注射药物等治疗后未能奏效，患者较消瘦但精神尚可。肩周有压痛而活动自如，腕及指关节肿大，且有压痛。已测类风湿因子，呈低滴度阳性。根据此些表现，医师认为是类风湿关节炎，加强消炎止痛药的治疗，并用雷公藤多苷、正清风痛宁，但病情时好时坏，未能缓解。后患者自觉胃部不适，食欲减退，建议做胃镜检查，但患者不愿做。家属看到患者日益消瘦、乏力，要求作肝功能和甲胎蛋白(一种肝癌指标)，均属正常。

1个月后患者症状似有加剧，医师建议做腹部B超检查。不做不知道，做了吓一跳，肝内竟发现有转移性癌灶。原发癌肿在哪里呢？上腹部持续不适，自然先想到胃，于是坚决请患者做胃镜检查，到了这个时候，患者也不再畏惧了。急诊胃镜显示胃癌已至晚期，外科会诊后认为手术已无意义，只能做姑息性化疗。

该患者的原发癌肿在胃，肝脏为其转移的部位，而多时的关节肿痛实际上是胃癌引起的，是一种伴癌现象。由于上腹不适、乏力、不思饮食等症状无特异性，而关节肿痛症状却十分突出，很容易只考虑关节炎的可能。

癌症引起的关节炎症状虽然不很多见，但确确实实是存在的。像上述患者这种症状，医学上称为癌性关节炎，它不同于癌



细胞直接浸润所致的转移性关节炎，而是癌旁综合征中的一种现象。该病症十分类似类风湿关节炎，关节炎和恶性肿瘤两者发病的间隔时间多在 10 个月之内，关节炎一般在肿瘤后发生，常呈非对称性关节损害（也可表现为对称性的），关节肿痛多发生在腕、掌指、指骨间关节。关节炎症状的复发和加剧常提示恶性肿瘤复发，反之，癌症治疗有效时，关节炎症状缓解。

就上述病例而言，至少有 3 点教训：第一，应有整体观念，不能只看到局部的现象。类风湿关节炎自然可以引起指、腕等关节肿痛，但还有其他的全身疾病也可是关节炎的原因。一个顽固难愈，并且有消瘦、乏力的关节炎患者，必须进行详尽的检查，要找病因。第二，作为患者绝不要惧怕而拒绝做有关的检查。第三，千万不要忽视某些无特异性的症状，如消瘦、乏力、胃口减退、腹部不适等。

癌性关节炎是非常容易受到忽视的病症，当癌肿症状不十分典型，而关节肿痛又比较突出的时候，很容易只考虑关节炎，从而延误了正确的及时的医治。

19. 隐匿的骨瘤

一位 16 岁的女孩，活泼好动，平素没有什么病痛，某日运动时不慎跌倒，右膝受伤，当时即感到剧痛。家长担心骨折，送到医院拍片检查，不料发现的却是股骨下端的骨骼有成骨肉瘤存在。人的股骨（大腿骨）下端及胫骨（小腿骨中的粗者）上端，即膝部的上下是人体骨生长最活跃的部位，也常常是青少年好发骨肿瘤的部位。该女孩股骨下端原已潜伏有成骨肉瘤病变，受伤不过是一导火索而已。

人类骨肿瘤并不少见，其中尤以骨巨细胞瘤最为多见，其次为骨软骨瘤、骨肉瘤、软骨瘤、软骨肉瘤、纤维肉瘤等，转移性骨



瘤也属常见。

怎样认识骨肿瘤　骨肿瘤的诊断必须依靠临床、X线及病理检查等，以下几项因素及症状尤宜注意。

性别和年龄　骨肿瘤中软骨瘤、骨软骨瘤、软骨肉瘤及骨肉瘤等较多发生于男性；脊索瘤绝大多数发生于男性，女性极少见；女性与男性发病率相接近的有骨巨细胞瘤、纤维异常增殖症等。不同的骨肿瘤各有其好发年龄段，如骨软骨瘤、良性软骨母细胞瘤、骨肉瘤及骨囊肿均多发生于10～20岁；骨巨细胞瘤多发生于20～40岁；脊索瘤、多发性骨髓瘤与转移性骨癌多发生于40～50岁以上人群。

部位　在全身骨骼中，发生于四肢长骨的肿瘤较躯干骨多。骨软骨瘤、骨巨细胞瘤、骨肉瘤、纤维肉瘤等好发于四肢长骨；软骨肉瘤、转移癌、骨髓瘤、脊索瘤多见于躯干骨；而软骨瘤多发生于手足短骨。

局部疼痛和压痛　这是一种最常见的症状，可与肿块同时出现，轻微的仅稍有酸痛，严重的可是穿凿样痛。更具特征的是夜间剧痛，一般的关节炎多半休息时疼痛会有所好转，惟独骨肿瘤夜间睡眠时比白天活动时更痛。在良性骨肿瘤中除骨样骨瘤外，疼痛均较轻，而恶性肿瘤则较重。特别需要注意的是有些肿瘤早期症状轻，时间长的经数年或十几年后突然疼痛剧烈，肿胀明显，是恶变的征兆，不可掉以轻心。

肿胀、肿块　浅表部位的骨肿瘤可触及患骨膨胀变形，骨壳菲薄时可有捏乒乓球样感。肿瘤穿破到骨外，产生大小不等固定的软组织肿块，质硬韧。皮肤呈暗红色，紧张发亮，皮温增高，静脉充盈。恶性肿瘤于短时间即可形成较大肿块。

病理性骨折　轻微的外力即可在骨肿瘤患处引起骨折，而在此之前可以毫无症状。骨折后患部肿胀，疼痛剧烈。脊椎病现骨折常并发截瘫。